FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N° 99

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

René-Paul LEFEBVRE

Né le 7 Mai 1920, à Solre-le-Château (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le - 5 FEV 1948

DE LA TAILLE VESICALE SUS-PUBIENNE CHEZ LES TUBERCULEUX URINAIRES

Président : M. FEY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE

1948

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Nom du Candidat: **LEFEBVRE.**

Prénoms: **René-Paul.**

Numéro d'ordre : .....

Date de la soutenance:

(Ces deux mentions seront complétées par le service du Secrétariat de la Faculté

LEFEBVRE (René-Paul). — De la taille vésicale sus-pubienne chez les tuberculeux urinaires. — *Paris, Librairie Marcel Vigné*, 1948, *in*-8°, 96 *pages.*

(*Thèse Méd. (Et.), Paris*, 1948, N° .....)

LEFEBVRE (René-Paul). — De la taille vésicale sus-pubienne chez les tuberculeux urinaires. — *Paris, Librairie Marcel Vigné*, 1948, *in*-8°, 96 *pages.*

(*Thèse Méd. (Et.), Paris*, 1948, N° .....)

LEFEBVRE (René-Paul). — De la taille vésicale sus-pubienne chez les tuberculeux urinaires. — *Paris, Librairie Marcel Vigné*, 1948, *in*-8°, 96 *pages.*

(*Thèse Méd. (Et.), Paris*, 1948, N° .....)

LEFEBVRE (René-Paul). — De la taille vésicale sus-pubienne chez les tuberculeux urinaires. — *Paris, Librairie Marcel Vigné*, 1948, *in*-8°, 96 *pages.*

(*Thèse Méd. (Et.), Paris*, 1948, N° .....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N° ____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

René-Paul LEFEBVRE

Né le 7 Mai 1920, à Solre-le-Château (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le

DE LA TAILLE VESICALE SUS-PUBIENNE CHEZ LES TUBERCULEUX URINAIRES

Président : M. FEY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE

1948

Doyens Honoraires :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

Professeurs Honoraires :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

Doyen : Léon Binet, *Membre de l'Institut*
Assesseur : Jean Verne

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	Olivier (f.f.).
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq.
	Cadenat.
	Mondor.
	Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf.
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.).
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (*f.f.*).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Cliniques médicales	Benard (H.).
	Chabrol.
	Harvier.
	Lian.
Clinique médicale propédeutique	P.-Vallery-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul.
	Lévy-Solal.
	Portes.
Clinique ophtalmologique	Velter.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque.
Clinique thérapeutique médicale	Loeper.
Clinique de la Tuberculose	Bernard (Et.).
Clinique urologique	Fey.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Alajouanine.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. DEBEYRE (f.f.
Anat. pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SZZE.

	MM.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngol.	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L.C.
Pathologie chirurgic.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE D'AUBIGNÉ.
Psychiatrie	BARUK.
Urologie	COUVELAIRE.
Pathologie chirurgic.	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.

	MERKLEN.	Pédiatrie	LAPLANE.
	BROUET.		MARIE (Jul.).
Pathologie expérim..	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	BARGETON.
	DREYFUS (G.)		PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr. ch. dém.	BROUET.
Pathologie médicale.	HAMBURGER.		
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	AMELINE.		BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
	DE GAUDART D'ALLAINES.		CHEVALIER.
Cliniq. chirurgicale.			COSTE.
	F. BRENTANO.	Clinique médicale ..	DE GENNES.
	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	MENEGAUX.		MOLLARET.
Cliniq. obstétricale .	ECALLE.		MOUQUIN.
	LACOMME.		TURPIN.
Clinique ophtalmol. .	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie .....LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint ..... M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR PAUL-DENIS LEFEBVRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Bernard FEY
Professeur de Clinique Urologique
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur Agrégé Roger COUVELAIRE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui fut l'instigateur et le guide de cette étude.

Pour son précieux enseignement et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, nous le prions de vouloir bien trouver ici la marque de notre immense gratitude et de notre respectueux et profond attachement.

A NOS JUGES

Nos respectueux hommages.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES AMIS
DE L'HOPITAL D'ETAMPES

INTRODUCTION

La cystostomie est une opération simple, d'indication courante.

Pratiquée pour explorer, drainer la vessie, ou dériver les urines, elle constitue une infirmité, bien supportée dans la majorité des cas, et d'ailleurs souvent temporaire.

Or, chez un tuberculeux urinaire, quelle que soit sa justification apparente, elle est à l'origine de suites si fréquemment désastreuses qu'il nous a paru utile, sous l'inspiration de M. le Professeur Agrégé R. Couvelaire et avec l'appui de ses observations, d'étudier l'ensemble de cette question.

A propos de la cystostomie chez les tuberculeux urinaires, M. le Professeur J. Cibert, de Lyon, écrit (in Tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique, 1946, p. 431): « Malgré sa bénignité et sa simplicité relatives, car ouvrir une vessie rétractée derrière la symphyse avec une cavité presque virtuelle, des tuniques sclérosées et épaissies, ne doit pas toujours être facile, la cystostomie est en général dans la tuberculose une mauvaise intervention. »

De son côté, M. R. Couvelaire, dans sa communication au Congrès Français d'Urologie d'octobre 1946 intitulée: « Sur la gravité de la cystostomie chez les tuberculeux urinaires », écrit: « On meurt de cystite tuberculeuse. On en peut mourir même s'il existe au-dessus de la vessie un rein in-

demne de tuberculose. La cystite tuberculeuse engage le pronostic vital dans des conditions diverses. Elle tue par des mécanismes différents... ...L'odyssée lamentable de trois tuberculeux urinaires cystostomisés, nous a prouvé la gravité singulièrement accrue de la tuberculose vésicale à partir du moment où elle est ouverte. »

Or, depuis bien longtemps les chirurgiens ont tenté, par son ouverture, de mettre la vessie au repos. Toutefois, si bien souvent la vessie fut ouverte, soit dans l'intention de faire cesser des douleurs intolérables ou des hématuries abondantes, ce n'est que depuis l'époque où F. Guyon publia les observations des premières tailles qu'il avait tentées pour combattre la tuberculose vésicale diagnostiquée avec précision et certitude, que les communications faites sur ce sujet commencent à abonder dans la littérature. (F. Guyon, Congrès Français de chirurgie, 3oe Session, 1888).

Les vieux auteurs, qui abondent en détails savoureux sur les indications et la technique de la taille, l'ont parfois exécutée pour un « catarrhe chronique », et il est possible que des vessies tuberculeuses aient été ainsi ouvertes.

Plusieurs tactiques opératoires furent employées, et les chirurgiens pratiquaient soit la taille périnéale, soit la taille hypogastrique, ou encore, chez la femme, la taille vaginale.

Nous limiterons notre étude à l'examen des seuls cas de tailles sus-pubiennes réalisées chez des tuberculeux urinaires. Il semble qu'Iversen fut le premier à pratiquer une taille dans ces conditions, ceci chez une jeune fille de 19 ans dont nous relatons ultérieurement l'observation, mais le diagnostic de tuberculose ne fut porté avec certitude qu'à l'autopsie. Toutefois, comme nous l'avons dit, ce

fut F. Guyon qui tenta le premier des opérations à visée curatrice sur des tuberculoses vésicales duement diagnostiquées préalablement.

Notre plan sera le suivant:

Chapitre premier :

A) Les observations qui nous furent confiées par M. le Professeur Agrégé R. Couvelaire et qui furent à l'origine de ce travail.

B) Les autres observations retrouvées dans la littérature.

Chapitre deuxième: L'étude analytique des observations.

1° Les suites favorables et la recherche des raisons expliquant cette amélioration.

2° Les suites désastreuses, et les motifs de ces aggravations.

Chapitre troisième: La justification apparente de la cystostomie.

a) L'erreur de diagnostic.

b) Le propos délibéré sur diagnostic préalable ferme dans un but thérapeutique.

c) Le propos délibéré dans un but diagnostic.

Chapitre quatrième: Quel traitement aurait dû ou pu être substitué à la taille dans les cas où cette dernière a semblé nécessaire.

Chapitre cinquième: Le traitement, lorsque la cystostomie a été réalisée et qu'elle est intolérable.

Conclusions.

Chapitre Premier

A) LES OBSERVATIONS DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. COUVELAIRE

Observation I

De M. le Professeur agrégé R. Couvelaire.

Observation n° 174, du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis.

Pro... R..., 34 ans. Diagnostic: Tuberculose rénale sur rein unique droit. Cystostomie faite en province. Cystite intolérable. Fistule hypogastrique persistante. Urétérostomie cutanée droite définitive.

Ce malade entre dans le service le 29 avril 1946, porteur d'une cystostomie, dont il ne supporte plus l'appareillage: (douleurs, brûlures, etc...). Ce malade a été soigné en province le 15 janvier 1946, pour:

Urines troubles.

Brûlures à la miction.

Pollakiurie: Diurne toutes les demi-heures et nocturne tous les quarts d'heure.

Cette cystite a débuté le 15 octobre 1945. Une cystoscopie aurait révélé un diverticule vésical. Une cystographie ne fut pas réalisée sur ces données. Le 7 février 1946, une diverticulectomie aurait été pratiquée. Le malade resta vingt-huit jours à la clini-

que, puis sortit. Dix jours après, souffrant de cystite, il est hospitalisé à nouveau. La plaie hypogastrique se fistulise, il reste encore vingt-huit jours à la clinique. (Instillations vésicales, massages prostatiques, etc...).

A son entrée dans le service: Fistule hypogastrique par laquelle coule en permanence une urine trouble. Asthénie, amaigrissement, épreintes.

Le 30 avril 1946, examen: Epididymes et testicules normaux. Toucher rectal normal. Urée sanguine: 0,23. Urines troubles avec dépôt abondant. L'examen des urines montre: 8 à 10 leucocytes par champ. Gram: innombrables colibacilles et entérocoques. Zielh négatif.

Urographie. — Cliché 0: Rien à signaler.

Cliché 1: A gauche, aucune image. A droite, cinq calices dilatés avec bassinet à peine esquissé.

Cliché 2: A gauche, pas de sécrétion. A droite: confirme les données de la sécrétion, gros calices, gros bassinet, pas d'uretère visible.

Une deuxième urographie (le 19 mai 1946) fournira les mêmes données que la précédente.

Intervention, le 14 mai 1946 : Lombotomie droite.

Résection de la douzième côte. Gros rein sans périnéphrite, bassinet et uretère quasi normaux. Pyélotomie pour pratiquer une néphrostomie. Un drain rétro-rénal. L'aspect est celui d'un rein en hypertrophie compensatrice sans lésion parenchymateuse visible.

Suites opératoires favorables. Température les jours suivants: 37,3.

Deuxième intervention, le 4 juin 1946.

1° Lombotomie gauche: *pas de rein.*

2° Lombotomie droite itérative. En sous-capsulaire, on trouve sur le rein quelques granulations tuberculeuses (prélèvement pour hystologie).

3° Urétérostomie cutanée droite iliaque définitive. Pénicilline.

Suites: Malgré cette urétérostomie, la fistule vésicale continue à suppurer abondamment. L'état général reste précaire. Guérison opératoire.

Sort le 18 juillet 1946, température à la normale depuis le 26 juin 1946. Revu le 12 septembre 1946: n'a pas engraissé. Bon fonctionnement de l'urétérostomie. Sonde changée tous les deux jours. Bonnes nuits, mais brûlures dans la verge dès qu'il est debout, et émission de pus par la verge. La fistule hypogastrique est fermée, mais s'ouvre par intermittence. Stérogyl. Calcium.

Observation II

De M. R. Couvelaire. Obs. n° 500, du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis.

Mich... P..., 28 ans.

Entre le 27 janvier 1947, porteur d'une fistule urinaire périnéale par où s'écoule la totalité des urines et du pus. Cystostomisé en province, il entre pour complément de traitement.

Anamnèse : Pyurie amicrobienne évoluant depuis 1943. Le 10 janvier 1945: fatigue, puis évacuation par l'urèthre de « grumeaux » et de petites pierres. En février 1945: dysurie; ablation d'un calcul par les voies naturelles (calcul au niveau d'un foyer de péri-urèthrite). Evolution de la péri-urèthrite en un phlegmon diffus du périnée remontant jusque dans la région péri-rectale. Hospitalisation et débridement large du phlegmon. Depuis: fistule périnéale, par où s'écoulent les urines. Le

cathétérisme de l'urèthre étant impossible, on décide en province une cystostomie et on effectue un cathétérisme des uretères à vessie ouverte : le rein gauche est impossible à cathétériser ; à droite, la sonde monte. Résultats: Volume d'urine en trente minutes: 18 cc. Urée 2,34 gr. au litre.

Des urographies faites à ce moment montrent un rein gauche exclus dont le chirurgien propose l'éxérèse urgente. Après consultation avec un autre chirurgien, on pratique diverses épreuves (réaction de Vernes, examens d'urines): pus sans B.K.

Néphrectomie, le 16 janvier 1946: énorme pyonéphrose sans trace de substance rénale saine. Depuis : fistule périnéale. Impossibilité de cathétériser l'urèthre. Persistance de la fistule périnéale par laquelle toutes les urines passent, car la sonde de cystostomie ne fonctionne pas. Etat de médiocre santé.

Examens, le 28 janvier 1947: *U.I.V.* Sécrétion satisfaisante. Morphologie d'un rein tuberculeux avec multiples cavités.

Radiographie pulmonaire: une petite caverne sous la clavicule droite.

Toucher rectal: Infiltration dure du tissu cellulaire pelvien et présence d'une énorme prostate, plus grosse au niveau du lobe gauche. La pression sur ce lobe détermine un écoulement de pus par la fistule périnéale.

Urèthre: imperméable aux plus fins explorateurs.

Périnée: Siège d'une longue cicatrice et d'un orifice par où s'écoulent la totalité des urines et du pus. Le 30-1-1947: Urée sanguine 0,50. 31-1-47: On remet en place la sonde de cystostomie (M. R. Couvelaire). Anesthésie générale. Vessie de petite capacité et intolérante. Ni calcul, ni fragment de sonde,

Col fermé et scléreux. Mise en place d'une sonde de Pezzer. Le 3-2-47, la sonde de cystostomie ne fonctionnant toujours pas, on décide de pratiquer une urétérostomie cutanée.

Le 4-2-1947: Urétérostomie cutanée droite. Enorme uretère distendu et peu infiltré. Anesthésie au Pentothal.

Suites opératoires: Les trois premiers jours T° à 38°. Pénicilline.

8-2-47: Ablation des lames. Température à 37,5°.

14-2-47: Ablation des fils. Malade toujours subfébrile.

17-2-1947: Examen des crachats: B.K., néant. Le 25-2-47, malade sortant.

Nous avons obtenu en novembre 1947 des renseignements de ce malade. Son état général est très bon, il a grossi de six kilos. L'urétérostomie fonctionne bien. Après sa sortie de l'hôpital, la plaie hypogastrique était presque refermée, mais suppurait encore un peu de temps en temps, elle s'est fermée définitivement en juin. Sur la plaie périnéale existe toujours un orifice fistuleux. Ne souffre aucunement du rein restant. La cicatrice lombaire du côté opposé est parfaite et indolore. Ses *urines sont troubles par périodes.*

Observation III

De M. R. Couvelaire.

Observation n° 503, du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis.

Eud... Ch..., 32 ans. Tuberculose urinaire cystostomisée en province pour rétention vésicale complète et diverticulectomie (?). Tuberculose urethro-

prostato-cervicale. Résection endoscopique. Perforation vésico-rectale. Mort lente.

Le malade entre dans le service le 5 juin 1946, porteur d'une cystostomie faite, en juin 1945, en province, pour rétention complète consécutive à une dysurie croissante. Malgré cette cystostomie, il présente des douleurs vésicales intenses, la sonde est très mal tolérée et le malade entre dans le service dans ces conditions.

Antécédents: En novembre 1944, la maladie commence par:

Pollakiurie: 25 fois la nuit, 10 fois le jour.

Mictions impérieuses.

Brûlures à la miction (depuis le mois de mai 1945 seulement).

Urines troubles. Puis dysurie et rétention complète.

En juin 1945, cystostomie pour rétention complète consécutive à cette dysurie croissante. A la suite de cette opération: amélioration passagère, puis réapparition des douleurs vésicales qui ne font que s'accroître, avec retentissement sur l'état général, jusqu'à son entrée dans le service. Urographie, le 17 mai 1945: Cliché 0: rien à signaler.

Cliché 1: côté droit: calices fins, gros bassinet ovalaire, en stase. Uretère peu visible. Côté gauche: Néphrographie, pas de calice ni de bassinet visibles, gros uretère flou.

Cliché 2: gros uretère de trajet rectiligne, bassinet ovalaire, quelques calices visibles, pour le côté droit.

Du côté gauche, gros uretère irrégulier avec renflement pelvien. Rein invisible. Vessie petite.

Examen. — Toucher rectal: Au-dessus d'un bec prostatique petit et fin, il existe un phlegmon du

ligament large masculin, dur, épais, dont on n'atteint pas la limite supérieure, avec irrégularités à droite.

Exploration uréthrale. On bute au niveau de l'urèthre postérieur.

Examen des bourses: Epididyme droit induré. Epididyme gauche: induration caudale et induration du canal déférent.

Uretrographie retrograde: le 7 juin 1946.

1° *De face:* Urèthre pénien gros comme un annulaire, cul-de-sac bulbaire marqué par un renflement. A partir de ce cul-de-sac, l'urèthre présente un trajet vertical jusqu'à la vessie, assez fin et coupé par deux renflements: un premier, étalé transversalement, à contours réguliers mais polycycliques; à nouveau urèthre étroit, puis deuxième renflement dans la région prostatique qui, lui, est allongé de haut en bas, semblant bilobé de part et d'autre de l'urèthre. Enfin, l'urèthre, redevenu étroit, finit en delta à deux ou trois branches dans une vessie petite.

2° *De profil:* On ne voit pas en entier le trajet de l'urèthre, mais seulement les deux renflements qui ont la même forme que de face: L'inférieur, irrégulier, transversal; à ce niveau, l'urèthre fait un coude très marqué et se dirige vers le second renflement bilobé, allongé verticalement; puis l'urèthre arrive à la vessie par deux trajets: un plus important en avant, s'abouchant largement dans la vessie; en arrière, un autre trajet, beaucoup plus fin. La vessie est petite, plate, avec une petite corne postérieure.

Examen des urines: le 12 juin 1946: 8 à 10 leucocytes par champ. Ziehl négatif. Gram: nombreux colibacilles.

Cystographie, le 14 juin 1946: non valable, par suite de l'intolérance vésicale. Une deuxième cystographie montre une vessie petite, arrondie, occupant une surface égale à celle d'une pièce de cinq francs, avec deux cornes latérales étalées horizontalement et un diverticule du côté droit, s'incurvant vers le bas. On devine la série de renflements de l'urèthre, dont un, bien marqué au ras du bord inférieur de la symphyse pubienne.

Dilatations uréthrales en vue d'une résection. On commence par le n° 26. Sonde de modelage, puis dilatations aux béniqués.

Résection (Pr. R. Couvelaire), le 5 juillet 1946. Méatotomie. Rigidité considérable de l'urèthre prostatique. Col très déformé et irrégulier. Six coupes larges. A la sixième: douleur épigastrique très violente et l'anse ramène une petite boulette fécale. Perforation urétro-rectale certaine. Laparotomie une heure plus tard.

Compte rendu opératoire (Pr. R. Couvelaire), le 5 juillet 1946: Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de liquide intra-péritonéal épanché. Dans le fond du pelvis, en soulevant le sigmoide, on aperçoit quelques caillots, et, au point déclive, une perforation au centre d'une adhérence vésico-rectale. Mickulicz dans le pelvis. Anus iliaque avec éperon sur le sigmoide. Suites opératoires: Evolution favorable jusqu'au 20 juillet 1946. A ce moment, douleurs articulaires au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, accompagnées d'une poussée thermique. L'articulation est chaude, douloureuse, tuméfiée. Rapidement les articulations des genoux gauche et droit et la tibio-tarsienne gauche sont atteintes. Traitement par le salicylate de soude. Pouls: 72. Cœur normal. Température oscillante: 39-37,5.

Le 16-8-46: Hémoculture non valable.

Le 29 juillet: Numération globulaire: Hématies, 3.400.000; Leucocytes, 13.200; Poly. neutro. 74 %, moyens mono. 9 %; Eosino, 1 %; Lympho, 3 %; Monocytes, 12 %; Hemoglobine, 75 %.

Le 4 août 46: 12 Sulfadiazines. Le 5 août: Pénicilline, 200.000 unités; le 6 août, idem.

Le 15 août: Hémoculture après 48 heures: Staphylocoques.

Le 4 septembre: Gluconate de calcium intraveineux. Le 9 septembre: idem.

Le 10 septembre: idem plus Sterogyl. Le 17 septembre: Sterogyl.

Le 1er octobre: Hématies, 3.450.000; Leucocytes, 10.200.

Poly. neutro, 75 %; moyens, 8 %; lympho, 15 %; grands mono, 2 %. Transfusion, 300 cc.

7 *octobre: Hématies*, 3.750.000; *Leucocytes*, 13.600; lympho, 6 %; moyens, 14 %; grands mono, 2 %. Transfusion, 400 cc. Le 12 octobre: transfusion, 300 cc. Idem, les 16 et 19 octobre. Amélioration nette de l'état général. On décide la fermeture de l'anus artificiel. Le 22 octobre: 6 comprimés de Ganidan.

Le 23 octobre, fermeture intra-péritonéale de l'anus iliaque. Cerclage de l'orifice de la cystostomie pour fixer en bonne place une sonde de Pezzer. Fermeture des muscles au crin. Pas un point sur la peau. Pressyl, Syncortyl. Serum, 2 litres. Transfusion, 300 grs. Pénicilline, 200.000 unités.

A la suite de l'intervention: état général satisfaisant jusqu'au 26 octobre. Le 26 octobre, la plaie est inondée par des matières fécales. La température s'élève, les vomissements apparaissent. Abdo-

men légèrement ballonné, mais souple. Deshydratation importante. Langue sèche. Baisse rapide de la diurèse. Le malade décline rapidement. Transfusion, serum, pénicilline, morphine. Le 31 octobre: même état. Le 1er novembre: décès.

Autopsie: Médiane sous-ombilicale. Pus franc dans la cavité péritonéale, surtout dans les cavités sous-phréniques. Ablation du tube digestif de l'œsophage au colon gauche. On remarque alors une large fistule entre le colon sigmoïde, à 3 cm. de l'angle recto-sigmoïdien, et la partie supérieure de la face latérale gauche de la vessie. On prélève en bloc tout l'appareil urinaire jusqu'à l'urèthre membraneux et en plus les voies spermatiques qui paraissent augmentées de volume et irrégulières.

Rein droit: augmentation de volume. A la coupe: un nodule, du volume d'une cerise dur, enchassé dans la médullaire du pôle supérieur.

Rein gauche: on note une cicatrice sur sa face antérieure et à la coupe, une caverne typique contenant une concrétion irrégulière, jaunâtre, lancéolée, de 1 cm. de long sur 5 mm. de large.

Les uretères sont normaux, non dilatés. La vessie, de très petite capacité, a sa paroi épaissie. On n'observe pas de lésion macroscopique au niveau du col.

Prélèvement: R.D., R.G.; canal déférent droit et col vésical.

Laboratoire: Le parenchyme rénal est bourré de cellules inflammatoires (leucocytes et macrophages). Pyonéphrose. On n'observe pas sur les fragments prélevés de formations nodulaires typiques de la tuberculose.

Observation IV

De M. le Professeur Agrégé R. Couvelaire.

Obs. n° 715 du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis.

Pig... Ren..., 20 ans, entre dans le service le 4 juin 1947 pour:

— Douleurs lombaires droites sourdes, continuelles.

— Points douloureux paroxystiques, antérieurs, sous-costaux droits, intenses.

— Pollakiurie diurne et nocturne: tous les trois-quarts d'heure.

Antécédents: Les troubles précités remontent à trois ans environ, apparus à la suite d'une néphrectomie gauche pour tuberculose rénale, faite le 2 juin 1944.

Pleurésie droite il y a environ dix ans. Amaigrissement depuis 1943. Apparition d'une cystite importante avec pollakiurie diurne et nocturne toutes les dix minutes depuis fin 1943. Pleurésie, en février 1944, du côté gauche; ponction exploratrice. Il est alors soigné en province, et un examen cysto-bactériologique des urines montre alors l'existence d'une pyurie aseptique. Une urographie fut pratiquée, sur les données de laquelle les médecins n'ont sans doute pas pu conclure. On attend la fin de la pleurésie gauche et dès que le malade est redevenu apyrétique, on pratique une cystoscopie (en fin mars 1947). Elle montre une vessie inflammatoire avec bulles d'œdème à la base. On tente un cathétérisme des uretères qui s'avère impossible. On essaie à quatre reprises différentes de monter des sondes urétérales, et au cours de ces manœuvres apparaît une épididymite gauche en avril 1944,

pour laquelle on n'intervient pas chirurgicalement, et qui rétrocède au bout de trois semaines.

On décide de faire une taille hypogastrique pour cathétériser à tout prix les uretères à vessie ouverte. Ce qui permet une séparation des urines et une urétéro-pyélographie rétrograde des deux côtés. On fait une inoculation au cobaye avec chacune des urines ainsi recueillies et on attend six semaines le résultat.

Sur la réunion de tous ces examens, on décide la néphrectomie gauche, faite le 2 juin 1944.

La cystite s'améliore avec les lavages; un drain de cystostomie est laissé pendant trois mois et demi. On décide ensuite de laisser la vessie se fermer et on met une sonde uréthrale à demeure, qui restera pendant cinq mois et demi, chaque tentative d'ablation s'avérant infructueuse, la vessie restant ouverte.

On tente alors la fermeture chirurgicale de la vessie, le 25 septembre 1944, mais la sututre ne tient pas et une fistule réapparaît 48 heures après. Les rayons ultra-violets, le nitratage de la plaie, les désinfectants n'amènent aucune amélioration (et la fistule ne se tarit qu'en avril 1945, soit un an après l'opération). Apparition d'une orchi-épididymite droite au début de 1946, qui se fistulise au bout de dix jours, on n'intervient pas chirurgicalement et elle mettra plus d'un an à se tarir.

Le malade reste alors pollakiurique diurne et nocturne toutes les dix minutes, les brûlures ont régressé, mais les lavages mettent en évidence le peu de capacité de la vessie. Il reste une pyurie à colibacilles et à germes banaux. La vessie reprend peu à peu une capacité meilleure et le malade n'urine plus que toutes les vingt minutes en 1946 et actuellement tous les trois-quarts d'heure en 1947.

Les douleurs lombaires droites ont fait leur

apparition en août 1944, c'est-à-dire deux mois après la néphrectomie gauche. On fit, en août 1944, une urographie, qui ne montra pas d'image pathologique du rein droit restant, aux dires du malade.

A l'examen: Malade pâle et fatigué, amaigri, n'ayant jamais repris un poids normal, bien que celui-ci ait été amélioré après la néphrectomie gauche. La fosse lombaire droite est très douloureuse à la palpation, on sent le pôle inférieur du rein.

Appareil génital: Noyau, de la grosseur d'une lentille, douloureux à la palpation de la tête de l'épididyme gauche; testicule gauche plus petit que le droit.

A droite: testicule normal et épididyme droit présentant un noyau de la grosseur d'une noisette au niveau de la queue. Toucher rectal: normal.

Urée sanguine: 0,32 le 8 juin 1947.

Urines totales: Nombreuses hématies, nombreux polynucléaires, absence de germe. Zielh: B.K.: néant.

Radiographies.

Appareil urinaire: gros calcul coralliforme à droite, moulant le bassinet et envoyant un prolongement assez gros dans les calices supérieur et inférieur.

Urographies: A cinq minutes: sécrétion commencée; on voit, groupés autour de la tache calculeuse, des calices petits, sauf le calice supérieur qui est plus gros et dilaté.

A douze minutes, avec compression: Confirme les données de la sécrétion, et montre un uretère gros comme un pouce et visible dans sa portion lombaire.

Cystographie: le 27 mai 1947, montre une vessie irrégulière, multilobée, diverticulaire et un gros reflux dans l'uretère droit dilaté.

Radiographie de l'appareil pulmonaire: Fines images granitées des deux sommets débordant un peu sous la clavicule de chaque côté. Une calcification sous l'extrémité interne de la clavicule droite et un groupe de calcifications à la corne du hile droit.

Tension artérielle : 12—8 ; pouls : 100 ; température : 37-37,6.

Intervention le 10 juin 1947. Anesthésie: Pentothal. (Pr. Couvelaire).

Gros rein bosselé sans trace de tuberculose. Parenchyme épais. Uretère dilaté mais non induré. Pyélotomie postéro-inférieure qui permet de basculer la pierre en bloc. Néphrostomie du calice inférieur. Un drain.

Suites opératoires: Malade soumis à un traitement à la pénicilline à raison de 200.000 unités par jour pendant cinq jours.

Le 10 juin au soir, température à 39°. Le 11 juin, température le matin 39,6 et le soir 40,4. Etat du malade: fatigué, se plaint de son côté droit; la sonde de néphrostomie fonctionne bien.

Le 12 juin, température à 39,2; état légèrement amélioré.

Chute progressive de la température. La sonde de néphrostomie tombe le 22 juillet. Le malade urine sans sonde.

Résection endoscopique du col vésical le 30 juillet. (Dr. R. Couvelaire).

Après dilatation difficile sur sonde en gomme: Vessie intolérante. Résection extrêmement difficile. Col œdèmateux. Trois coupes médianes. Exa-

men hystologique. Infiltrat inflammatoire périglandulaire.

Suites: Urétrorhagie importante. Douleurs. Fièvre à 40°.

Ablation de la sonde uréthrale le 1er août. Amélioration de l'état général. Le malade urine normalement. Urine claire, abondante.

Le malade sort le 12 août 1947.

Il revient le 7 octobre 1947 pour douleurs au niveau de sa cicatrice de néphrectomie gauche, survenues brusquement à la suite d'un faux pas. Depuis sa sortie de l'hôpital, son état urinaire s'est remarquablement amélioré. Les mictions sont moins fréquentes, de toutes les heures elles n'ont plus lieu que toutes les deux heures actuellement. Pas de dysurie. Pas de brûlures. De temps en temps il remarque un petit filet de sang dans les urines, et celles-ci sont troubles depuis quinze jours.

Examen des urines: Nombreux polynucléaires, nombreux colibacilles.

Examen: Bon aspect général, bien que le malade présente depuis son accident une lassitude générale et ait peu d'appétit. Langue saburrale. Abdomen souple non douloureux. Sur la cicatrice de néphrectomie gauche, on sent une masse impulsive à la toux, réductible dès que le malade cesse l'effort.

Urée: 0,34. Radiographie de contrôle: plus de pierre rénale.

Cystographie: disparition complète du reflux.

Cette éventration lombaire ne paraît pas nécessiter une cure opératoire, et l'on attend l'épreuve du temps. Pour la colibacillurie: cure de Thiazomide mensuelle.

Observation V

De M. le Professeur Agrégé R. Couvelaire.

(In: Congrès Français d'Urologie d'octobre 1946: « Sur la gravité de la cystostomie chez les tuberculeux urinaires »).

René G..., âgé de 24 ans, me consulte en novembre 1942 pour cystite intense soignée depuis deux mois par instillations vésicales. Les urines contiennent du B.K. Urographie: Rein gauche impeccable; pyonéphrose droite. Néphrectomie droite: rein bosselé, creusé de multiples cavernes. Guérison locale simple. La cystite s'atténue, sans disparaître. Etincelages de lésions spécifiques juxta-méatiques et du sommet vésical. Reprise d'un poids normal et de l'activité professionnelle. En septembre 1943, épididymite aiguë droite. Fistulisation rapide, lésions prostato-vésiculaires importantes et bilatérales. En décembre 1943, épididymectomie droite sur lésion refroidie et épididymectomie préventive gauche. Guérison simple.

En juillet 1944, nous sommes à nouveau appelé auprès de René G... Son état est lamentable. Fièvre quotidienne, maigreur squelettique, escarres multiples font de ce grabataire un moribond. Nous apprenons les faits suivants: une subite rétention aiguë complète d'urine conduisit à réclamer le secours immédiat d'un confrère qui ne réussit pas à cathétériser l'urèthre. Dans ces conditions, le malade fut transporté d'urgence dans un hôpital de province et cystostomisé. La sonde est mal supportée, la plaie devient sphacélique. Des urines et du pus coulent sans arrêt en dehors du tube collecteur. En deux mois, malgré de multiples tentatives d'appareillage, la situation reste ausi lamentable.

Je réclame une urographie. Le rein gauche restant est apparamment sain et les voies d'excrétion à peine dilatées. Je conseille une urétérostomie qui est réalisée sous anesthésie locale, fin juillet 1944. Cette exclusion vésicale transforme la situation. Et, en novembre 1944, le malade a repris poids, force, courage. Mais la fistule hypogastrique persiste, nécessite des pansements quotidiens. Malgré U.V., radiothérapie, V.A.V., la taille ne se ferme pas. En juillet 1945, gros abcès froid inguino-crural gauche qui est ponctionné. Des radiographies squelettiques permettent d'éliminer l'origine osseuse de la suppuration qui se tarit lentement. En juin 1946, nouvelle suppuration froide pré-pubienne.

Je décide dans ces conditions une prostato-cystectomie totale secondaire et je la réalise en juillet 1946. L'opération fut extrêmement difficile, malgré l'ancienne exclusion vésicale. Outre les adhérences vésicales au bassin osseux, j'ai éprouvé de grandes difficultés à extrapéritoniser la vessie du fait de l'infiltration du ligament large masculin. Les suites immédiates furent prodigieusement simples. Et le douzième jour, je considérais la partie gagnée lorsque les signes d'une occlusion du grêle apparurent. Aspiration duodénale continue et laparotomie. Libération d'anses pelviennes agglutinées et iléostomie de dérivation. Le malade décline progressivement et 18 jours plus tard, soit un mois et trois jours après la cystectomie, il s'éteint porteur d'une iléostomie.

B) LES OBSERVATIONS RETROUVÉES DANS LA LITTÉRATURE

Observation VI

(de Axel Iversen. Ueber Neubildungen in der Blase ; Centralblatt für Chirurgie, 1887, p. 457.)

Résumé : Jeune fille de 19 ans. Cystite depuis six mois. A l'exploration digitale de la vessie : ulcération sur la paroi antérieure de la vessie. Taille hypogastrique et excision de la partie ulcérée, en mars 1885. La fistule consécutive ne se ferma pas ; un abcès se forma dans la région rénale droite qui fut incisé, et la malade mourut le 20 mai. A l'autopsie, on constata une tuberculose du rein droit et de la vessie avec formation d'un abcès prévésical.

Observation VII

(de Schatz, Ueber Geschwüre der Harnblase. Centralblatt für Gynacologie, 17 Juli 1886, p. 464)

Résumé : Jeune femme présentant des signes de cystite avec ténesme. Traitement local, sans résultat. A l'exploration digitale de la cavité vésicale, il constate l'existence, sur la paroi antéro-interne, d'une ulcération. Taille hypogastrique, excision de l'ulcération.

Vingt jours après, le drain et les fils sont enlevés et la malade peut uriner un quart de litre sans douleur.

Plusieurs mois après, la malade revient, ses urines sont troubles, mais elle urine sans douleur.

Observation VIII

(du Dr. Eigenbrodt. Ueber den hohen Blasenschnitt. Deutsche Zeitschrift für chirurgie. Vol. 28, fas. 1 et 2, 1888, p. 119)

Résumé : Heinrich Sperlbaum, 30 ans. Cystite progressive, devenant intolérable. Malade anémié et très affaibli par

les hématuries et les douleurs. Taille hypogastrique, le 23 juin 1886 : inflammation générale de la muqueuse vésicale et une ulcération de la dimension d'un écu environ. Fistulisation de la plaie hypogastrique, amélioration passagère, puis les douleurs et le ténesme réapparaissent. Le malade meurt le 29 septembre. A l'autopsie : éruption récente de tubercules sur les deux plèvres, et sur le péritoine. Rein gauche tuberculeux. Vessie à parois minces, muqueuse ulcérée en beaucoup d'endroits.

Observation IX

(de F. Guyon. Note sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. Congrès français de chirurgie, Paris, 1888.)

Résumé : T..., 24 ans, peintre en éventails. Cystite douloureuse intense avec ténesme. Nombreux bacilles à l'examen des urines. Taille hypogastrique le 8 juillet 1885, la face interne de la vessie est rouge foncé, mamelonnée, comme framboisée. Les douleurs s'atténuent. L'état général s'améliore. La plaie hypogastrique est fermée le 31 juillet, besoins d'uriner encore douloureux, on met une sonde à demeure. Quitte l'hôpital le 26 août, continue à prendre des injections de morphine.

Revu le 7 août 1886, a repris son métier, plus de douleur, conserve de la pollakiurie. Les urines sont devenues absolument claires.

Observation X

(de F. Guyon, Congrès français de chirurgie, Paris, 1888. Note sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. Relatée dans la thèse de Ed. Michon, Paris, 1894-1895, N° 431.)

Résumé : Bont... Eugène, 40 ans, entre le 31 janvier 1887. Cystite douloureuse avec hématuries. Bacilles de Koch dans les urines. Rien à l'appareil génital. Cystostomie le 30 avril : la surface interne de la vessie est d'un rouge intense généralisé, quelques apparences fongueuses au niveau du col, mais sans ulcération appréciable. Grattage et cautérisation. Les suites de l'opération sont simples.

Le 31 décembre, malgré la suture de la vessie, deux fistules persistent en dépit de tous les traitements associés. Le malade s'alite au début de 1889, la position debout exaspé-

rant ses douleurs. Il meurt le 22 juillet 1889. Autopsie : les deux reins sont tuberculeux. La vessie extrêmement petite, communique avec une fistule, sa muqueuse est violacée ecchymotique par places. Les vésicules sont grosses et renferment des noyaux caséeux.

Observation XI

(de M. Poncet, citée par Ed. Blanc, in Gazette médicale de Paris du 28 juillet 1888.)

Résumé : Jean-Baptiste V..., 14 ans. Cystite douloureuse intense. Taille : La surface interne de la vessie est partout fongueuse, quelques ulcérations et granulations peu saillantes. Au milieu de la face postérieure une colonne dure, recouverte d'incrustations calcaires. Drainage. Amélioration passagère, mais bien tôt fistulisation. Mort. Autopsie, les deux reins sont tuberculeux. La vessie, remplie de pus, épaissie, a sa muqueuse parsemée de granulations et d'ulcérations.

Observation XII

(de Roux, publiée par Reverdin dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889, p. 268.)

Résumé : B... Joseph, 27 ans, agriculteur. Cystite. Taille hypogastrique sur diagnostic probable de tuberculose vésicale. La vessie ouverte, on trouve un grand nombre de granulations. Cautérisation, drainage de la vessie. Trois mois après, Roux constate que toute la surface muqueuse de la vessie est transformée en granulations luxuriantes comme volume, mais molles. Il procède à un nouveau raclage, puis le malade porte à nouveau son appareillage de drainage des urines. Les suites ne sont pas connues.

Observation XIII

(de Reverdin, dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889, p. 270.)

Résumé : C... Auguste, 20 ans, de Meiner (Genève), charpentier. Epidymite droite, cystite. Cystostomie le 25 janvier 1887. Le 28 avril, il persiste une fistule qu'on opère. Le 17 juillet, la miction se fait sans douleur par l'urèthre, l'urine est claire. Mais le 22 juillet, épididymite gauche. La fistule

hypogastrique présente des alternatives d'ouverture et de fermeture. En janvier 1888, abcès péri-néphrétique qu'on ouvre, le malade en garde deux fistules lombaires. En novembre 1888, la fistule hypogastrique est cicatrisée, les mictions se font toutes les deux heures, sans douleur, urines claires. Etat général excellent. Les lésions de l'appareil génital profond régressent.

Observation XIV

(de Bardenhauer, citée par Brohl in Wiener med. Wochenschrift 1889. Citée par Greiwer in Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse. Thèse, Paris, 1890.)

Résumé : Hélène W..., fillette de 7 ans. Cystite intense. Vu l'état général, Bardenhauer porte le diagnostic de tuberculose vésicale primitive et pratique la taille. La muqueuse vésicale est très rouge, rugueuse et parsemée de granulations miliaires. Amélioration de l'état général au prix d'une fistule hypogastrique persistante, pendant six mois. A partir de ce moment, elle commença à souffrir et mourut de péritonite tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique.

Observation XV

(du Dr. Léonté, de Bucarest, signalée dans la thèse de Matile, De la tuberculose de la vessie. Genève 1890.)

Résumé : Constantin Paul, 33 ans, agriculteur roumain. Cystite et épididymite gauche. Urines avec B.K. Subit une castration gauche puis, un an après, une taille hypogastrique. Amélioration, mais fistule persistante.

Observation XVI

(de W.-H. Battle, in Clinical society of London (transactions) Vol. XXIII, 1890, p. 201.)

Résumé : A..., jeune fille de 20 ans, entre le 8 février 1889 pour cystite. Taille le 29 juillet, la surface ulcérée est étendue, couvrant les parois latérale gauche et postérieure depuis le trigone jusque presque le sommet. Grattage, drainage de la vessie. La plaie est cicatrisée le 20 septembre. Les mictions ont lieu toutes les trois heures, sans douleur ni gêne. Malade revue le 8 avril 1890.

Observation XVII

(du Dr. Delore, relevée dans la thèse de Louis Godard, Paris 1903, N° 12 : Indications principales de la cystostomie sus-pubienne d'urgence.)

Résumé : Jean D..., 59 ans, de Craponne (Rhône), entre le 17 juillet 1889 pour rétention vésicale complète. Les troubles urinaires remontent à trois ans environ. Il n'a jamais eu de blennorrhagie. Il y a huit jours, on a dû le sonder pour un accès de rétention, même manœuvre le 17 juillet. A son entrée, la vessie est distendue à l'excès. La prostate est de volume normal. Un cathétérisme prudent ne réussit pas. Cystostomie. Col vésical irrégulier, de gros blocs sphacélés nagent dans l'urine. Suites opératoires bonnes ; il revient deux mois et demi après, avec une ulcération tuberculeuse du méat hypogastrique, et meurt le 10 novembre.

Observation XVIII

(du Dr. Le Dentu, citée dans la thèse de Matile, Genève 1890: De la tuberculose de la vessie)

Résumé: Homme de trente ans, atteint d'un mal de Pott ancien et lésions pulmonaires tuberculeuses graves. Taille hypogastrique en janvier 1889, les lésions vésicales sont très accusées, on trouve de grandes ulcérations de la muqueuse. Cautérisation, drainage de la vessie pendant un an. La fistule se guérit d'elle-même. La guérison est parfaite, les urines sont très claires, les mictions presque normales.

Observation XIX

(de Pilcher, Notes on tuberculosis of the urinary bladder and the value of supra-pubic cystotomie in its treatment. New-York medical Journal. 1892. 55 p. 256. Observ. V.)

Résumé: Joseph S..., environ 50 ans, eut successivement depuis cinq ans une tuberculose laryngée, pulmonaire, épididymaire des deux côtés, prostatique, vésiculaire et vésicale. Cystostomie, congestion diffuse intense de la muqueuse, avec beaucoup de minuscules granulations. Si une certaine accalmie suit la taille, une douleur vésicale constante nécessite bientôt l'administration de morphine, aucune tendance à la cicatrisation. Cachexie progressive et mort dix semaines après l'opération.

Observation XX

(de Pilcher. Notes on the tuberculosis of the urinary bladder and the value of supra-pubic cystotomie in its treatment. New-York Medical Journal. 1892. 55 p. 256. Obs. IV.)

Résumé: Nellie J..., 19 ans. Cystite avec hématuries. B.K. dans les urines. Taille vésicale: on trouve une large surface ulcérée, avec des granulations très friables. Au bout de quatre semaines, les urines sont claires. Mais une semaine plus tard un pus considérable se mélange à l'urine et les lavages deviennent douloureux. Finalement on suspend tout traitement local. Cinq mois et demi après l'opération, elle sort, ayant encore de la cystite et perdant complètement ses urines par la fistule hypogastrique. Mort quinze mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire.

Observation XXI

(de Bell. The treatment of tuberculosis of the bladder through a supra-pubic section. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. 1892, p. 293.)

Résumé: W. K., 26 ans, travailleur, cystite douloureuse avec ténesme et hématuries. Cystostomie: vessie petite à parois rigides. Une zone d'ulcération superficielle entoure le col vésical, bien limitée. Cautérisation. Le drainage fut enlevé le 36e jour et la plaie se ferma trois semaines après. Sortit trois mois après l'opération, en bonne santé, plus de douleur, ayant engraissé, urinant toutes les deux heures le jour et moins la nuit. Le malade a été perdu de vue par la suite.

Observation XXII

(de Bell. The treatment of tuberculosis of the bladder through a supra-pubic section. Journ. of cut. and genito-urinary diseases. 1892, p. 293.)

Résumé: H. P., 33 ans, fermier. Cystite importante avec B.K. dans les urines. La vessie est contractée à parois épaisses, ulcération superficielle du trigone et du pourtour du col. Raclage cautérisation. Plus de douleur, mais petite fistule. Le 9 février 1891, castration pour épididymite gauche. Le 21 avril 1892, la fistule n'est pas encore complètement fermée, le malade a un peu d'incontinence.

Observation XXIII

(Observation I de la thèse de Benoit Ogier, Lyon 1892
(Traitement de la cystite tuberculeuse par la cystostomie sus-pubienne)

Résumé: M. Louis, 30 ans, entré le 3 août 1888 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne. Cystite intolérable nécessitant plusieurs piqûres de morphine et hématuries. Amaigrissement considérable. Cystostomie. Urèthre contre nature ayant persisté dix mois. Les douleurs réapparaissent avec la fermeture de la fistule hypogastrique. On propose au malade une deuxième opération qu'il accepte.

Observation XXIV

Thèse de Ogier, Lyon 1892.

Résumé de l'obs. II: Jean Br..., 46 ans, cultivateur, entré le 17 février 1890. Cystite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire et testiculaire. Cystostomie. Parois vésicales molles friables. Les douleurs vésicales restent tolérables jusqu'à la mort, le 17 juillet 1890. La plaie ne s'est pas fermée.

Observation XXV

(Observation III, de la thèse de Benoit Ogier. Lyon 1892.)

Résumé: Alexis M..., 26 ans, cystite très douloureuse. Cystostomie. Le doigt introduit dans la vessie perçoit quelques granulations. Deux mois après, incontinence complète par la fistule. Plus de douleurs. Bon état général. Malade perdu de vue par la suite.

Observation XXVI

(Observation IV de la thèse de Benoit Ogier, Lyon 1892.)

Résumé: Pierre J..., 39 ans, maçon, entré le 15 mai 1891 pour cystite tuberculeuse. Taille: on trouve une vessie petite, à parois épaisses; muqueuse rouge, au toucher, on sent des granulations comme des grains de semoule. Drainage de la vessie. Un abcès prostatique s'ouvre dans l'urèthre. Amélioration, mais fistule hypogastrique persistante.

Observation XXVII

(Observation V de la thèse de Benoit Ogier, Lyon 1892.)

Résumé: Philomène B..., 27 ans, ménagère, entrée le 28 mars 1892 pour cystite tuberculeuse survenue au cours de tuberculoses locales multiples. Osteite tuberculeuse de l'os iliaque droit pour laquelle on pratiqua douze interventions chirurgicales. Taille vésicale, quelques végétations sessiles. Drainage. Atténuation des douleurs prévésicales. Mais l'état général tend à devenir de plus en plus mauvais.

Observation XXVIII

(du Dr. Malherbe. Annales des maladies des org. gen. urin. 1892. p. 206. « Tuberculose vésicale prise pour une tumeur de vessie. »

Résumé: Auguste B..., 18 ans. Hématuries répétées. Cystoscopie: on croit voir sur la paroi postéro-supérieure de la vessie une masse brunâtre. Taille hypogastrique. La muqueuse vésicale est parsemée de granulations jaunes confluentes ou disséminées suivant les points. Cautérisation des principaux groupes. Drainage. Après une période courte d'amélioration, le saignement reprend et on est obligé à nouveau de cureter à l'aveugle la muqueuse vésicale. Fistule fermée cinq mois après. Pollakiurie persistante dix mois après.

Observation XXIX

(de Chaput. Archives générales de Médecine. 1894. Relevée dans la thèse de Di Chiara François: De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie, Paris 1911-1912, N° 24.)

Résumé: La malade, âgée de 45 ans, entre le 4 février 1892, pour cystite douloureuse, ténesme et quelques hématuries peu importantes. Augmentation de volume du rein droit. Affection articulaire de la hanche terminée par ankylose. Râles suspects aux deux sommets. Echec du traitement médical, on décide la taille (5 juillet 1892). Toute la surface muqueuse était irrégulière, à consistance inégale et parsemée d'ulcérations profondes. Drainage de la vessie. En novembre 1892, l'amélioration est sérieuse, mais la malade se plaint d'être constamment mouillée, la vessie s'est rétractée et n'a plus que les dimensions d'un trajet fistuleux, d'autre part les quel-

ques gouttes d'urines qui passent par l'urèthre provoquent de vives douleurs. Double urétérostomie intestinale, mort d'anurie.

Observation XXX

(de A. Vigneron. Congrès français de chirurgie. 1893. p. 753. Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale.)

Résumé: Lucie M..., 25 ans, entre le 22 janvier 1891. Cystite avec bacilles de Koch. 30 juin, taille hypogastrique, muqueuse fongueuse avec des ulcérations dans le bas-fond. Cathétérisme des uretères, sondes laissées en place, cautérisation et drainage de la vessie. La fistule vésicale est fermée le 26e jour et les douleurs reviennent peu à peu. Douleurs rénales gauches, néphrotomie en octobre, amélioration jusqu'à fin novembre, puis les douleurs vésicales reprennent, cachexie et mort en juin 1892, avec le rein droit pris. Pas d'autopsie.

Observation XXXI

(de A. Vigneron. Congrès français de chirurgie. 1893, p. 754.)

Résumé: Poir..., 26 ans, entre le 15 mai 1891. Mictions impérieuses, douleurs terminales très vives, se répétant tous les trois-quarts d'heure. Petit noyau dans la vésicule séminale droite, par ailleurs rien à signaler. Urines purulentes avec bacilles. Capacité vésicale 80 grs. Taille hypogastrique, paroi postéro-supérieure couverte de granulations, irrégulières, d'aspect framboisé, lésions maxima au pourtour du col. Grattage et thermocautérisation. Appareillage difficile, douleurs vésicales persistantes, mauvais état général. Mort.

Observation XXXII

(de A. Vigneron, de Marseille. Congrès de chirurgie 1893, p. 754.)

Résumé: God..., 31 ans, sergent de ville. Cystite progressive, avec hématuries. Rien à l'appareil génital ni aux reins. Urines purulentes, pas de B.K. dans trois examens. 6 mai, taille hypogastrique, paroi vésicale postérieure couverte de granulations saignant facilement. Réapparition des douleurs, la vessie garde une fistule. Sonde à demeure mal supportée,

dès qu'on l'enlève les mictions redeviennent douloureuses. Le 24 octobre 1891, le malade sort. Depuis, mictions toutes les vingt minutes d'urines purulentes. Il n'a plus de fistule hypogastrique actuellement.

Observation XXXIII

(de A. Vigneron. Congrès de chirurgie 1893, p. 754.)

Résumé: For..., 18 ans, cystite importante avec hématuries. Urines très purulentes avec bacilles. Quelques douleurs lombaires. Canal déférent gauche gros et noyaux durs dans les vésicules séminales. Taille hypogastrique, muqueuse granuleuse sur toute la paroi postérieure, en arrière du trigone ulcération profonde. Persistance des douleurs, mauvais état général, fistule hypogastrique. Mort.

Observation XXXIV

(Observation VI, de A. Vigneron. Congrès de chirurgie 1893, p. 753.)

Résumé: L..., 58 ans, entre à Necker le 6 septembre 1892, taille pour cystite importante. Toute la surface de la muqueuse est rouge, fongueuse, exulcérée. Excision de toute la muqueuse. Quinze jours après, la plaie est complètement fermée. Un mois après, phlegmon sus-pubien, qui nécessite deux incisions, persistance d'une fistule. Le rein droit augmente de volume, les douleurs augmentent, l'état général s'aggrave, mort à la fin de 1892.

Observation XXXV

(Observation VII de A. Vigneron. Congrès de chirurgie 1893, p. 753.)

Résumé: Big..., 40 ans, cultivateur, entre à Necker le 28 juin 1891. Cystite importante, lésion de l'appareil génital externe et profond. Taille: Lésions très étendues du triangle vésical, avec granulations et ulcérations. La cicatrice vésicale cède à plusieurs reprises et la cystite persiste.

Observation XXXVI

(de A. Vigneron. Congrès de chirurgie 1893, p. 753. Obs. VIII.)

Résumé: Fl..., 22 ans, terrassier, entre à Necker le 5 août 1892 pour cystite et hématuries. B.K. dans les urines. Taille hypogastrique. Lésions très étendues. Cicatrisation difficile. La cystite persiste.

Observation XXXVII

(Relevée dans les Annales des mal. des org. gén. urin., 1893, p. 20. Dr. Desnos: Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique.)

Résumé: M. Leb..., 28 ans, lésions de l'appareil génital externe et profond. Cystite. Taille le 3 novembre 1891, muqueuse vésicale très rouge sur toute sa surface et exfoliée en certains points, deux vastes ulcérations de chaque côté du col. Persistance de la fistule hypogastrique. Amélioration.

Observation XXXVIII

(du Dr. Bosset, Le Limousin Médical. Tuberculose de la vessie, traitement chirurgical par la taille hypogastrique, in Journal de la Société de Médecine de la Haute-Vienne. 1894, V. 18, p. 153.)

Résumé: M. X..., 23 ans, sabotier, cystite douloureuse avec ténesme. Taille. La cavité vésicale a un volume très réduit, quelques fongosités situées près du col sont enlevées. Oblitération complète le 28e jour. L'intervention lui a apporté un soulagement qu'aucun traitement médical n'avait pu lui procurer. Urines encore purulentes par intermittences.

Observation XXXIX

Relevée dans la thèse de Ed. Michon. Paris 1894-1895, N° 431. Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie. Observation VIII.

Résumé: Joseph B..., 21 ans, briquetier. Cystite douloureuse. Douleurs hypogastriques violentes. Un spasme urétral survenant de temps en temps donne lieu à une rétention presque complète d'urine. Le toucher rectal décèle quelques

noyaux durs, isolés dans les vésicules séminales. Devant la persistance des symptômes douteux, on pratique la taille, le 7 septembre 1894. Le 30 septembre, les douleurs vésicales ont reparu depuis quelques jours aussi violentes que par le passé. Piqûres de morphine. Le malade n'a retiré aucun bénéfice de la cystostomie.

Observation XL

Relevée dans la thèse de Ed. Michon. Paris 1894-1895. N° 431. Observation X.

Résumé: Jean J..., 44 ans, cocher, entre le 30 avril 1894. Cystite douloureuse progressive. On ne trouve pas de B. K. dans les urines. La vessie contient à peine 30 grs de liquide. Cystostomie devant l'échec des traitements médicaux le 23 août 1894, le bas-fond est ulcéré et fongueux. Dès le lendemain, les crises douloureuses disparaissent. Fin septembre, il dort, mange et a engraissé, les douleurs ont disparu, incontinence complète par la fistule hypogastrique. Cette amélioration des symptômes douloureux persista, mais la tuberculose continue à progresser. Mort le 20 avril 1895.

Observation XLI

(de A. Guyon. Indications de la cystostomie dans l'infection de la vessie et la pyélonephrite ascendante. Thèse Nancy. 1895. Obs. XIV.)

Résumé: S... Antoine, 58 ans, sacristain. Taille pour tuberculose du col vésical probable. Taille le 17 juin 1893, la cavité vésicale paraît saine, le col est irrégulier, surélevé mais non ulcéré. Fistule hypogastrique persistante. Mort de cachexie tuberculeuse plus d'un an après l'opération.

Observation XLII

Communication au Congrès de Chirurgie. Paris. Séance du 23 octobre 1896. Traitement de la cystite tuberculeuse par le Dr. A. Routier. Observation II.

Résumé: L. D..., 40 ans, cystite importante. Insomnie. 13 février 1896. Cystostomie, cautérisation de deux ulcérations en bandes qui existent près des uretères sur le bas-fond vésical. La douleur est calmée, le malade dort et se trouve

très satisfait. En juillet 1896, la vessie contenait 160 grs. Le 20 juillet, suture de la vessie. 12 août: Le malade urine toutes les quatre heures, sans douleur.

Observation XLIII

(du Dr. Routier. Congrès de Chirurgie. Octobre 1896. Observation III.)

Résumé: H. D..., 43 ans, entre le 2 mars 1896, depuis sept mois, cystite avec mictions fréquentes et douloureuses, l'urine est souvent sanglante. La prostate est surtout dure à gauche, de même que la vésicule; il est maigre, décharné, ne dort plus, ne se nourrit pas. Cathétérisme douloureux, 30 grs de liquide. Le 7 mars: cystostomie, cautérisation de plusieurs ulcérations vésicales. Dès lors, le calme revient, lavages, sonde hypogastrique. Le 30 juillet, fermeture de la vessie, qui accepte 140 grs, sans douleurs. Il urine spontanément toutes les trois heures sans souffrir.

Observation XLIV

(du Dr. Routier. Congrès de Chirurgie. 1896. Observation IV.)

Résumé: L. S., 19 ans, présente une cystite purulente avec hématuries. Rien à la prostate, ni aux vésicules, chétif et malingre. Soigné d'abord par des instillations argentines, sa cystite paraît s'aggraver, il a de la fièvre. 24 octobre 1895, deux mois après son entrée, cystostomie, il est tout à fait soulagé. En janvier 1896, fermeture de la fistule; il sort guéri.

Observation XLV

(relevée dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires de 1896, p. 59. Communication de M. Delagenière, du Mans, à la Société de Chirurgie, séance du 27 mars 1895. Extirpation de la muqueuse vésicale pour tuberculose de la vessie.)

Résumé: S... Auguste, 54 ans, journalier. Hématuries considérables. Taille hypogastrique le 6 juin 1894. La muqueuse vésicale est rouge, tomenteuse. Par endroits surtout vers le col, elle forme des replis longitudinaux. Je me décide à exciser la muqueuse vésicale. A l'examen histologique, on trouve des masses caséeuses, irrégulièrement espacées et assez

peu abondantes. Son état général s'est amélioré jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle le malade a contracté une bronchite. Les signes de tuberculose s'accusèrent rapidement et le malade finit par succomber le 27 décembre 1894, n'ayant jamais rien resesnti du côté de sa vessie depuis son opération.

Observation XLVI

(Association française d'Urologie, 3o S. 1898. Quelques considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale. Par le Dr. Clado. Obs. III.)

Résumé: P... M..., 39 ans, cuisinière, entrée le 24 novembre 1897. Cystite douloureuse. La vessie reste ouverte pendant six semaines. Sous l'influence de ce traitement, l'hématurie cessa complètement et on ne put constater la moindre trace de pus. Le 9 février, on procéda à la suture de la vessie. Une fistule hypogastrique s'est formée le lendemain de l'ablation de la sonde à demeure, Dernière intervention le 26 février, excision du trajet fistuleux. La malade va bien depuis cette dernière intervention. Les urines émises sont redevenues normales; il n'y a presque plus de douleurs avant et pendant la miction, l'état général est satisfaisant.

Observation XLVII

(Observation II de la thèse de Colas et deuxième cas de la communication de M. Clado, Association fran;aise d'Urologie 1898.)

Résumé: Mme Y. M..., 25 ans, caissière. Cystite, ténesme et hématuries. Taille le 12 juin, la muqueuse vésicale était irrégulière. Une ulcération du bas-fond assez profonde. Il existe des granulations grisâtres petites et confluentes, dans la demi-circonférence inférieure du col. On extirpe avec la curette aussi profondément que possible les fongosités en commençant par l'ulcération. L'état de la malade s'améliore, les troubles fonctionnels disparaissent. Mais en septembre, apparaissent des manifestations rénales; dans la région lombaire droite, il s'était développé une tumeur du volume de deux poings. L'état général était redevenu mauvais et la néphrotomie fut pratiquée le 11 octobre. La fistule vésicale sus-pubienne qui persistait fut fermée le 7 novembre. L'état de la malade s'améliora. Depuis: fistule lombaire, mais la malade a engraissé et ne présente du côté de ses urines qu'un dépôt insignifiant. Le pus venant de la néphrotomie ne contenait pas de bacilles. Dans les urines actuelles on n'en trouve plus.

Observation XLVIII

Communication à l'Association française d'Urologie, 21 octobre 1898. Par le Dr. Reynes, de Marseille.

Résumé: Femme de 35 ans, avec cystite rapidement progressive. La vessie contenait à peine 60 grs. Le cathétérisme démontrait des rugosites, des incrustations sur les parois vésicales. L'état général était mauvais; insomnie, manque d'appétit, fièvre. Poumons suspects. Taille hypogastrique le 29 juillet. Le doigt introduit me montra que presque toute la surface endo-vésicale était recouverte, tapissée de concrétions phosphatiques. Vers le bas-fond seulement, je sentis des fongosités, des végétations assez grosses; grattage. Drainage de la vessie. Les douleurs cessèrent, l'état général remonta rapidement. Le 1er octobre, deux mois après l'opération, le ventre est entièrement fermé. L'état général est satisfaisant. La malade ne souffre presque plus du tout; la vessie admet sans douleur 120 cc., au lieu de 60 avant l'opération.

Observation XLIX

Relevée dans la thèse de Labroy. Paris 1899-1900. N° 242. De la rétention dans les cystites.

Résumé: Des..., 31 ans, employé de commerce. Vu le 18 février 1899. Pollakiurie tous les trois-quarts d'heure, pyurie abondante. Résidu vésical 40 grs. Epididymes légèrement indurés, le gauche bosselé. Les vésicules séminales grosses et dures. Prostate normale. Cystoscopie: lésions de cystite dans la région des uretères. Taille sus-pubienne par le Dr. Desnos avec curettage de la vessie. Drainage de la vessie. Le malade conserve le drainage hypogastrique depuix six mois, les douleurs ont beaucoup diminué, l'état général est meilleur.

Observation L

(Communication du Pr. Bérard à la Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 3 mai 1899; Observation relatée dans la thèse de Domage, Lyon, 1899-1900, N° 95. De la cystostomie précoce comme traitement curatif de la tuberculose vésicale.)

Résumé: M..., 25 ans, entre le 9 mars 1899, pour cystite très douloureuse. L'examen des reins et de l'appareil génital est négatif. La prostate seulement est un peu volumineuse et

bosselée par deux ou trois noyaux indurés. Cystostomie le 14 mars; les désordres apparents se réduisent presque exclusivement à une congestion et à un épaississement de la muqueuse, surtout accusés aux points déclives. Du jour où la vessie fut ouverte, les douleurs et les hématuries cessèrent complètement; vers le milieu d'avril l'orifice sus-pubien commença à se fermer de lui-même et quelques mictions indolores à se faire par l'urèthre. Depuis le 25 avril, le malade n'urine plus que par la verge, de cinq à sept fois par jour; la plaie sus-pubienne est aujourd'hui fermée. Les urines restent un peu troubles. Domage signale dans sa thèse qu'il a revu ce malade dans les premiers jours de 1900, que sa cicatrice est régulière, qu'il n'a plus souffert et qu'il urine normalement environ trois fois par jour et qu'il a engraissé.

Observation LI

(Thèse de Railliard, Bordeaux, 1900. Observation VIII.)

Résumé: E. Ch..., 36 ans, marchand, entre le 20 décembre 1899 pour cystite avec hématuries. B. K. dans les urines. On institue: A) Traitement médical, sans résultat. B) Cystostomie sus-pubienne avec curettage et cautérisation. La vessie ne peut être distendue. La muqueuse vésicale est couverte d'un semis de granulations jaunes et de tubercules ulcérés. Grattage, cautérisation. Les douleurs vont en s'atténuant. Trois mois après l'opération, le malade urine toutes les demi-heures et ne souffre pas en urinant, les urines sont claires. On constate à l'auscultation que l'état pulmonaire s'est amélioré. Le quatrième mois, le malade quitte l'hôpital, il urine toutes les heures. Il n'y a plus ni pus ni sang dans les urines, il tousse peu, engraisse et a bon appétit. Le malade reprend son métier de marchand ambulant cinq mois après l'opération.

Observation LII

(Observation X de la thèse de Railliard. Bordeaux 1900.)

Résumé: D..., 49 ans, employé de commerce, entré le 21 février 1900 pour cystite. Début il y a trois ans. Examen: organes génito-urinaires, queue de l'épididyme droit dur et gros comme une noisette. Prostate noyaux de volume variable dans les deux lobes. Cystostomie sus-pubienne le 2 mars 1900. Vessie assez grande, muqueuse vésicale saine, légèrement congestionnée. Curettage et cautérisation. Le 29 mars, on su-

ture les lèvres de la plaie hypogastrique. En juillet, la vessie n'étant toujours pas fermée, on intervient à nouveau. 15 juillet, le malade va très bien et ne souffre pas. En somme, plus de douleur, plus d'hématurie, plus de pus dans les urines.

Observation LIII

(Observation XI de la thèse de Railliard. Bordeaux 1900.)

Résumé: Pierre, 56 ans, laitier, entré le 11 juin 1900. Cystite depuis dix-huit mois. Mictions toutes les dix minutes, envies impérieuses. Urines: germes nombreux. Reins et uretères: rien. Epididymes: noyaux indurés dans celui de droite. 15 juin: Cystostomie sus-pubienne. La muqueuse vésicale est rouge, congestionnée, granuleuse au niveau du col. Curettage et cautérisation. Atténuation des douleurs. 14 juillet: Urines devenues claires. La crise douloureuse du matin diminue chaque jour d'intensité. (En somme, amélioration, mais il ne s'est écoulé qu'un mois depuis l'opération.)

Observation LIV

(Relevée dans la communication de M. Leclerc-Dandoy, de Bruxelles, au XIII^e^ Congrès international de médecine de 1900, section chirurgie urinaire, intitulée: « Drainage de la vessie après la taille sus-pubienne. Obs. IV, p. 148.)

Résumé: G. Joseph, 26 ans, ouvrier agricole. Cystite importante entraînant un manque de sommeil presque complet. Il existe des noyaux très caractéristiques dans la prostate. Tuberculose pulmonaire, principalement à gauche. L'examen des urines ne décela pas de B. K. La taille hypogastrique est pratiquée le 6 avril 1900. Elle présenta de grandes difficultés, par suite de l'impossibilité absolue de distendre la vessie, qui fut incisée directement derrière le pubis, sur un catheter métallique introduit par l'urèthre. Drainage avec aspiration. Les résultats immédiats sont bons, le malade cesse de souffrir, le double courant de sérum artificiel le soulage bien et on l'entretient pendant un mois et demi jusqu'à la cessation complète des douleurs. L'aggravation des symptômes pulmonaires, l'amaigrissement progressif du malade, l'apparition de pus abondant dans les urines nous empêchèrent de compléter le traitement vésical. Il semble du reste que l'intervention ait donné un coup de fouet à la tuberculose. Le malade ne tarda pas à tomber dans un état de cachexie et mourut le 25 juillet.

Observation LV

(de Malherbe. Association française d'urologie 1903, p. 327.)

Résumé: Bod... Henri, 36 ans, laitier, vient pour cystite. Le traitement médical échoue. Cystostomie le 1er juillet 1902. La vessie admet à peine 20 grs de liquide. La muqueuse présente un grand nombre de plaques jaunes semées sur une muqueuse très rouge; c'est l'aspect typique d'une tuberculose encore peu avancée. Raclage et drainage. Les douleurs disparaissent, mais le malade se plaint d'être toujours inondé d'urine. Sept jours après l'opération, je lui mets une sonde à demeure qui est parfaitement tolérée. Deux jours après, il ne s'inonde plus et la douleur ne reparaît pas. Il reste deux mois et demi à l'hôpital et part, ayant encore une petite fistule hypogastrique. Le 17 février 1903, il veut reprendre son travail, son urine est limpide, il n'éprouve plus qu'un peu de tiraillement à la racine de la verge et une légère douleur en finissant d'uriner.

Observation LVI

(du Dr. J. Oraison. Tuberculose à forme néoplasique. Association française d'urologie, 2e session 1907, p. 435.)

Résumé: Jeune homme de dix-huit ans, étudiant en médecine, vient pour cystite. L'examen des organes génitaux est négatif. Rien du côté des reins. Il est pris tout à coup d'hématurie profuse, entraînant la rétention et nécessitant le sondage pendant deux jours. La santé générale reste très bonne. Quelques jours après, la cystoscopie montre sur le côté droit de la vessie, en arrière du trigone, une série de fines végétations papillaires reposant sur une muqueuse fortement hyperhémiée. Les examens bactériologiques restent négatifs, de même que les inoculations. Un an après, on constate en cystoscopie que la vessie est injectée dans toute sa moitié inférieure et présente des végétations papilliformesdu côté droit. L'analyse des urines ne montre toujours pas de bacilles. Mais bientôt la situation s'aggrave. Cystostomie en février 1907, on trouve une muqueuse rouge, tomenteuse, surtout dans son hémisphère inférieur; il existe du côté droit, au-dessus du trigone et du bas-fond, une série de petites végétations papilliformes, qui sont curettées. Cautérisation et drainage. Au dixième jour, le malade est pris de fièvre, la plaie se désunit en quelques jours, et il persiste au bout de trois mois une fistule vésicale. Le malade semble d'ailleurs n'avoir retiré aucun bénéfice de l'intervention, seules la fréquence et les dou-

leurs ont diminué, mais les urines restent constamment purulentes. A différentes reprises sont survenues des douleurs rénales particulièrement à droite. Rentré chez lui, le malade continua à décliner peu à peu, jusqu'au jour récent de sa mort. L'examen histologique des végétations enlevées a révélé des follicules tuberculeux typiques, non encore arrivés au stade de caséification.

Observation LVII

(du Dr. J. Oraison. Association française d'urologie 1907, p. 439.)

Résumé: Fabricant de parapluies, 48 ans. Cystite et hématurie terminale. Il entre à l'hôpital pour fistule anale que l'on débride au thermocautère. Le 25 octobre, il est pris d'une hématurie très abondante. Cystoscopie: au niveau du trigone, il existe trois végétations papillaires saillantes, du volume d'une petite noisette, à base d'implantation assez large. On ne trouve pas de B. K. dans les urines. La fistule anale, loin d'être guérie, s'est compliquée de la présence d'autres fistules à bords décollés qui laissent suinter un pus séreux. Taille hypogastrique le 3 novembre. La muqueuse est très congestionnée, rouge foncé, tuméfiée. Des granulations sont disséminées sur presque toute son étendue et, au niveau du trigone, on trouve trois saillies papillomateuses cylindriques, à sommet arrondi, qui sont réséquées. Il persiste une fistule par laquelle il s'écoule une urine infecte. Le 15 janvier 1907, on constate l'existence d'une fistule vésico-rectale et, le sphinter anal étant détruit en partie par les trajets préexistants, le malade présente de l'incontinence des matières fécales; il se cachectise de plus en plus et finit par mourir le 20 avril. A l'autopsie, toute la muqueuse vésicale est envahie par les lésions tuberculeuses. Les deux reins présentent de la néphrite massive. Rien aux organes génitaux externes. Tubercules de la prostate. Les deux poumons sont infiltrés de tuberculose dans toute leur étendue.

Observation LVIII

(du Dr. J. Oraison. Tuberculose à forme néoplasique. Association française d'urologie. 1907, p. 442.)

Résumé: Jeune femme de 20 ans, cultivatrice. Hématurie et cystite. Souffre depuis dix-sept mois en dépit des traitements variés. Malade fatiguée, amaigrie. La vessie n'accepte

que 60 grs de liquide. A l'examen cystoscopique, la muqueuse vésicale, très rouge partout, présente un aspect velouté, d'autant plus accentué que l'on se rapproche davantage du col. A ce niveau, on aperçoit deux végétations papilliformes faisant une saillie très nette et du sommet desquelles s'écoule continuellement du sang. Les orifices urétéraux paraissent normaux. L'examen des urines, pratiqué plusieurs fois, reste négatif en ce qui concerne le bacille de Koch. Les phénomènes douloureux prennent une acuité croissante. Cystostomie le 3 septembre 107. La muqueuse vésicale est farcie de granulations très fines, et présente au niveau du col deux végétations très rouges, saillantes, saignant assez abondamment. Curettage, drainage de la vessie. Les douleurs et le sang disparaissent et la malade engraisse chaque jour. L'examen histologique a prouvé qu'il s'agissait de tuberculose vésicale. Elle se lève depuis plusieurs jours déjà.

Observation LIX

(par Rivierre, thèse de Bordeaux 1908: Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse)

Résumé: J. B..., 31 ans, entre à l'hôpital le 21 mai 1907. Le malade paraît en bonne santé. Pas d'amaigrissement. Testicules et épididymes normaux. Au toucher rectal, rien à signaler. Reins indolores non perceptibles. 9 juillet: taille hypogastrique; curettage et thermocautérisation. Dans la suite, les urines contiennent des flots de pus, douleurs rénales droites intermittentes. On supprime la sonde hypogastrique le 7 août. En novembre, il se forme un abcès périuréthral au niveau de l'angle pêno-scrotal, qui se vide en partie dans le canal uréthral. La fistule hypogastrique persiste toujours. Le rein droit devient de plus en plus douloureux et augmente de volume. La purulence est énorme; néphrotomie en février 1908, à la suite de laquelle la plaie reste fistuleuse; l'état vésical reste toujours le même; on propose la néphrectomie au malade qui la refuse et sort.

Observation LX

(Observation XXIX de la thèse de Rivierre, Bordeaux 1908, intitulée: Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse.)

Résumé: Louis J..., 39 ans, manœuvre, entre le 9 juillet 1906. Pollakiurie progressive depuis huit mois. Mictions très

fréquentes mais non douloureuses, un peu de sang à la fin de la miction; urines troubles; rien aux testicules; l'examen bactériologique reste négatif. On porte le diagnostic de cystite sans en déterminer la nature, cependant le début spontané, l'amaigrissement du malade font penser à la tuberculose. Le 20 juillet, curettage de la vessie par les voies naturelles; cautérisation au chlorure de zinc: aucune amélioration. Le 1er août, cystostomie sus-pubienne, à la suite de laquelle la plaie hypogastrique reste, malgré les interventions, ouverte. Une large ulcération se produit autour de la plaie hypogastrique et le malade va se cachectisant. Les épreintes vésicales deviennent telles que le malade est soumis à des piqûres de morphine. Mort le 9 juin 1907. Autopsie: tuberculose rénale bilatérale, vessie rétractée, complètement envahie par la tuberculose.

Observation LXI

(Observation de M. le Pr. Willems de Gand. Archiv. Intern. de chirurgie, 1911. relevée dans la thèse de Di Chiara.)

Résumé: B. Achille, 30 ans, débardeur. Cystite douloureuse. Il survint à plusieurs reprises des hématuries, dans l'intervalle desquelles les urines étaient troubles et renfermaient des concrétions d'apparence calcaire. Pendant son séjour à l'hospice, on lui pratiqua plusieurs opérations. Ce *furent d'abord deux tailles hypogastriques, puis plusieurs incisions* périnéales, qui paraissent avoir été purement exploratrices. Ces interventions n'amenèrent aucun soulagement. C'est dans cet état que je le vis au mois d'août 1909. Sa situation était alors misérable. Il gardait le lit depuis neuf mois, ne pesait plus qu'une trentaine de kilos. Ses traits et son attitude exprimaient une indicible souffrance. Le 2 septembre, je pratiquais la taille hypogastrique. Muqueuse vésicale envahie presque complètement par des lésions tuberculeuses à des stades différents, parsemée d'épaississements, d'ulcérations, de fongosités. Dans la région prostatique de l'urèthre, il existait un véritable cratère rempli de calculs que j'enlevai. Drainage périnéal, tamponnement de la vessie. Cette intervention n'eut aucun effet sur les douleurs et le ténesme. Le tamponnement vésical est mal supporté et doit être enlevé. Les deux plaies se fistulisent, et la situation devient de plus en plus lamentable. On décide une double néphrostomie, et on se propose de faire ultérieurement une cystectomie. Finalement, néphrectomie droite et néphrostomie gauche. Amélioration de l'état général. Le cours de l'urine étant entièrement dérivé, il n'existe plus aucun ténesme et les fistules hypogastrique

et périnéale se rétrécissent et finissent par guérir. Mort en janvier 1911 avec des symptômes urémiques. Autopsie: Rein restant tuberculeux complètement détruit.

Observation LXII

A propos des cystites proliférantes tuberculeuses (Communication du Dr Gauthier, de Lyon, Association française d'urologie, 1910, p. 747.)

A la discussion p. 753, le Dr Pasquereau, de Nantes, cite le cas suivant:

« ...Jeune fille de 23 ans qui était entrée dans mon service avec tout le facies d'une tuberculeuse. Adénites cervicales et axillaires bilatérales. Ses troubles urinaires remontaient à deux mois: brûlure à la miction, hématurie terminale. Lorsqu'elle vint dans mon service, elle urinait tellement souvent que l'on avait placé dans son lit un bidet à demeure; elle avait de la fausse incontinence. Je palpai ses régions lombaires et je trouvai du côté droit un rein mobile et volumineux. Je tentai une cystoscopie, mais sa vessie était absolument intolérante, elle n'admettait pas dix grammes de liquide. J'anesthésiai ma malade, mais sous le chloroforme, la cystoscopie fut aussi négative. Je résolus alors de lui faire une taille hypogastrique, afin de tenter le cathétérisme urétéral, la vessie étant ouverte. C'était mon troisième cas de taille hypogastrique pour cathétérisme urétéral. Celui-là seul n'a pas eu de succès: après une heure au moins de recherche, je n'ai trouvé aucun uretère; la muqueuse était hypertrophiée irrégulièrement, comme mûriforme, et derrière ces saillies aucun méat urétéral n'était visible. Il s'agissait d'une cystite tuberculeuse grave chez une personne tuberculeuse avérée. »

Observation LXIII

(Relevée dans la communication de H. Minet. XIV[e] session de l'Association française d'urologie, 1910, intitulée: Des rétrécissements de l'urèthre en dehors de la blennorragie et du traumatisme. Observation de Pasteau: p. 37.)

Résumé: Homme de 37 ans. Cystite douloureuse. Urines contenant des B.K. Les épididymes des deux côtés sont indurés. La prostate est irrégulière, parsemée de noyaux indurés dans les deux lobes. L'urèthre est irrégulier, présentant à la palpation deux ou trois nodules. On fait d'abord des dilatations progressives. La fièvre tombe, mais les douleurs et

la pollakiurie restent. Cystostomie sus-pubienne, l'opération fut assez difficile à cause du peu de capacité de la vessie, la cavité contenait au plus la première phalange du pouce. La muqueuse très bourgeonnante, avec des débris purulents et crétacés, fut nettoyée aussi complètement que possible. Amélioration, le malade se lève un mois après l'opération. Le malade gardait sa fistule sus-pubienne largement béante. Mais huit mois plus tard, l'état général commença à baisser, fièvre vespérale, la fistule sus-pubienne a une tendance à se refermer, le doigt pénètre jusque dans la vessie réduite à une sorte de moignon rétro-pubien. Le trajet de la fistule était induré, scléreux; la face postérieure du pubis était dénudée, esquilleuse. L'urèthre était oblitéré complètement. Les douleurs sus-pubiennes et périnéales apparurent à nouveau, la cachexie s'installa, et le malade mourut 10 mois après la cystostomie.

Observation LXIV

(du Dr Le Fur, Association français d'urologie, 1927, p. 271.)

« Un de mes malades atteint de tuberculose rénale unilatérale, que j'avais eu l'occasion d'observer avant la guerre, malgré mon conseil, avait refusé de se laisser opérer, souffrant peu de sa vessie. Je le revis au cours de la guerre, pour une hématurie abondante, avec distension vésicale. La vessie était remplie de caillots, et l'aspiration ne permettait pas de les évacuer. Le malade souffrant beaucoup, je lui fis d'urgence, pendant la nuit, une taille hypogastrique qui me permit d'évacuer ces caillots et arrêta l'hémorragie. Par la vessie ouverte, je pus cathétériser les uretères, reconnaître le rein malade de tuberculose, et je pratiquai la néphrectomie, l'autre rein étant sain. Je proposai ensuite au malade de lui fermer sa vessie, ce qu'il n'accepta qu'à contre-cœur, craignant de voir reparaître ses douleurs vésicales qu'il redoutait par-dessus tout. C'est ce qui se produisit en effet. Le malade, pour avoir sa vessie au repos, préféra garder constamment à demeure une sonde urèthrale Nélaton. Il vécut ainsi pendant quatre ans, sans souffrir, et fut emporté de tuberculose du rein restant. »

Observation LXV

(Thèse de A. Buschleim, Bordeaux, 1939-1940, N° 75: Abcès fistulisés au périnée dans la tuberculose de la prostate.)

Résumé: Homme de 41 ans, entre le 9 février 1939 pour abcès périanal subaigu développé depuis douze jours. Antécé-

dents: tuberculose des deux sommets. Le 25 février, l'abcès qui s'est ouvert spontanément est largement incisé. A la suite s'installe une fistule urinaire. Examen: Intégrité des organes génitaux externes. Pas de tuméfaction lombaire. Urétérographie: toute la région prostatique est occupée par une caverne à parois très irrégulières, d'où se détache vers la gauche un trajet qui conduit à l'orifice péri-anal. Le 29 avril 1939: cystostomie. Depuis cette intervention, la température s'abaisse régulièrement vers la normale, le malade n'urine plus par son périnée et ne souffre plus. L'état général s'est amélioré.

Observation LXVI

(Empruntée à M. le Pr. J. Cibert, de Lyon, obs. 91, citée p. 114 et 432 dans: « La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique ». 1946.)

Observation 91: M... I..., 35 ans, se présente en 1934 avec une pyurie à B.K. découverte à l'occasion de légers troubles généraux, pas de cystite. Il est unilatéral, mais malgré l'absence de pyurie, le rein opposé, le droit, inocule le cobaye. Opération refusée. En 1937, même état, mais double épididymite bénigne. En 1938, apparaît de la dysurie, un peu de pollakiurie. A la fin de l'année, une rétention; une autre très fugace en 1940. En juillet 1942, incontinence diurne et nocturne; elle se manifeste dans la suite par intermittences. En avril 1943, globe vésical (4 doigts); urée: 0,65. Jet lent et grêle. Rien à la prostate, pas de rétrécissement. En mai: urée: 0,79; à l'U.I.V., le rein gauche ne donne rien, le droit présente une dilatation importante du bassinet et des calices au-dessus d'un uretère également dilaté. Sonde à demeure pour faire tomber l'urée, mais rapidement température à 39-40° qui oblige à cystostomiser. Le col vérifié au doigt admet la pulpe de l'index, mais il est ligneux; peu à peu apyrexie, urée à 0,69 puis à 0,45. Résection trans-urétrale le 24 juin, très difficile, car la vessie s'est rétractée et n'a plus de capacité. Après des suites simples, on essaie d'obtenir la fermeture de la vessie, mais en vain; une suture vésicale restant sans résultat, il fallut se résigner à la cystostomie; la vessie qui, pourtant, avant la dérivation, gardait un résidu de 400, avait perdu toute capacité; de ce fait, il fut impossible d'obtenir une dérivation continente, ce qui me conduisit à exécuter, en mars 1944, une urétérostomie droite (rein gauche exclu). L'uretère extériorisé était du volume de l'index et admit une sonde urétrale n. 24, il contenait avec le bassinet une rétention de 100 cc. (pus et B.K.). Excellent résultat, confirmé en septembre 1945.

Observation LXVII

(de M. le Pr. J. Cibert, de Lyon. In « La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique ». 1946, p. 112 et 514.)

M. B..., 28 ans. — « Chez ce malade, il fallut renoncer à la résection du col par voie transurétrale, le col était si serré qu'il n'admettait qu'une filiforme, et sur celle-ci les béniqués montés étaient invinciblement arrêtés; force fut bien d'en venir à la voie transvésicale. Contrairement à ce que j'appréhendais, la plaie sus-pubienne se ferma en trois semaines. »

Observation LXVIII

(de M. le Pr. J. Cibert, in « Tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique, p. 433.)

...« Récemment, j'ai eu à traiter un néphrectomisé qui, à la suite de plusieurs abcès péri-urétraux, était porteur de fistules par lesquelles s'écoulait la majeure partie de ses urines; il gardait par ailleurs une pollakiurie intense, de la dysurie et souffrait du périnée, siège d'une irritation cutanée particulièrement vive. Pendant sept mois, il avait la sonde urétrale sans obtenir la cicatrisation des fistules. Aussi, une néphrostomie, puis une cystostomie avaient été discutées. Je conseillais l'urétérostomie, mais y renonçais, ainsi qu'à la néphrostomie, devant l'intégrité absolue de l'uretère et du bassinet sur les urogrammes. L'indication du Coffey me parut alors évidente; mais devant les craintes de la famille, craintes que je partageais, vu l'obésité du malade, je fis, non sans peine, une cystostomie. Ce fut le point de départ d'un état si douloureux que, quelques jours après, j'implantais l'uretère dans le sigmoïde. »

Chapitre II

L'ÉTUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Cette étude permet de distinguer deux groupes inégaux parmi les observations que nous avons pu rassembler:

1° Celui où la taille améliora les troubles présentés par le malade, ou permit sans dommage un cathétérisme des uretères à vessie ouverte.

Nous avons fait entrer dans ce cadre les observations où la taille, en influençant favorablement les signes fonctionnels présentés, a permis à l'état général de se relever, même si la taille fut suivie d'une fistule hypogastrique, inconvénient contrebalancé par l'amélioration de l'état du malade.

Nous avons exclu de ce groupe les observations qui, bien que suivies d'une sédation des troubles fonctionnels, n'ont cependant pas modifié l'évolution des lésions tuberculeuses de la vessie, ainsi qu'il a pu l'être constaté par exemple à l'autopsie du malade.

Si nous exceptons quatre observations pour lesquelles les renseignements recueillis ne s'étendent pas sur une période suffisamment longue pour juger en pareils cas de la valeur thérapeutique de la taille hypogastrique, nous pouvons de cette façon relever sur 64 observations, aux suites connues, 22 cas dont les suites ont été favorables à la taille, soit un pourcentage de 32,3 %.

2° Dans un second groupe, nous avons rassemblé les observations où la taille, soit en n'empêchant pas l'évolution des lésions tuberculeuses vésicales, a compliqué la situation du malade, ou, devenant intolérable, a nécessité la recherche d'autres solutions thérapeutiques. Dans ces conditions, 42 tailles ont été néfastes, soit un pourcentage de 67 %.

A. — Les suites favorables après taille vésicale

Des vingt-deux observations dont nous avons pu faire état sous cette rubrique, douze concernent des malades pour lesquels la taille a non seulement favorablement influencé les troubles fonctionnels, mais qui, en plus, virent leur vessie se fermer dans des délais normaux après la taille.

Un fait nous semble mériter une attention particulière: sur ces douze malades, aucun n'a subi, en cours de traitement de la tuberculose urinaire, une néphrectomie, et la taille a constitué en somme l'unique intervention chirurgicale.

Ces guérisons ou ces améliorations semblent d'autant plus paradoxales que quatre de ces malades présentaient une forme diffuse de tuberculose vésicale.

Voici le détail de chacune de ces observations:

a) *Les tailles vésicales ayant eu une influence favorable sur les signes fonctionnels: formes focales de tuberculose vésicale, suivies de fermeture complète de la vessie.*

Dans ce groupe, l'observation VII concerne une malade qui, revue plusieurs mois après l'opération, urine sans douleur, malgré une pyurie persistante. Il s'agissait d'une lésion tuberculeuse limitée de la

vessie, consistant en une ulcération siégeant sur la paroi antéro-interne. Aucune intervention rénale n'est mentionnée ; la fermeture de la vessie fut obtenue spontanément et rapidement.

L'observation XVI concerne une malade dont l'ulcération vésicale était étendue, couvrant les parois latérale gauche et postérieure. La cicatrisation de la plaie abdominale est obtenue deux mois après. Revue après un délai de neuf mois, la malade peut garder ses urines plus de trois heures sans douleur ni gêne. Bon état général. Pas d'intervention rénale.

Dans l'observation XVIII, les lésions vésicales sont très accusées. On trouve de grandes ulcérations de la muqueuse. Après un drainage de plus d'un an, la plaie hypogastrique guérit spontanément. Les urines sont devenues claires, les mictions sont presque normales en nombre. Il s'agissait pourtant d'un malade porteur de lésions pulmonaires graves et atteint d'un mal de Pott ancien. Aucune intervention rénale.

De même, l'observation XXI concerne un malade présentant une ulcération superficielle entourant le col vésical, bien limitée. Le drainage enlevé le 36e jour, la plaie hypogastrique se ferme trois semaines après. Amélioration de l'état général, suppression des douleurs, diminution de la pollakiurie, tel est le bilan de cette intervention. Malheureusement, les renseignements ne datent que de trois mois après l'opération, le malade a été perdu de vue par la suite.

Le malade de l'observation XLII était porteur de deux ulcérations en bandes siégeant sur le bas-fond vésical. Après cinq mois de drainage, on suture la vessie. Les douleurs ont été supprimées, la capacité vésicale est augmentée. Le malade urine alors toutes les quatre heures sans douleur.

Le malade de l'observation XLIII était porteur de plusieurs ulcérations vésicales. La vessie n'admettait que trente grammes de liquide. Sous l'effet de la taille, les douleurs cessent. Après un drainage d'environ cinq mois, fermeture de la vessie qui accepte 140 grammes de liquide. Le malade urine alors toutes les trois heures, sans douleur.

Dans l'observation XLVIII, il s'agit d'une femme dont la vessie admet à peine 60 grammes de liquide. Mauvais état général, insomnie, cystite rapidement progressive. Presque toute la surface endo-vésicale est tapissée de concrétions phosphatiques; vers le bas-fond vésical, il existe des fongosités, des végétations assez grosses. Après la taille, les douleurs cessent, l'état général s'améliore rapidement. Deux mois après l'opération, le ventre est entièrement fermé. La malade ne souffre presque plus du tout et la vessie admet sans douleur 120 cc. de liquide.

Dans l'observation XXXVIII, il existe quelques fongosités près du col vésical: on les enlève. Seul ici l'élément douleur se trouve nettement influencé. L'oblitération de la vessie est complète le 28e jour. Mais si la douleur disparaît, le malade reste néanmoins un pollakiurique. Ce traitement chirurgical lui a apporté un soulagement qu'aucun traitement médical n'avait pu lui procurer auparavant. Bien que ses urines restent purulentes par intermittences, ses souffrances vésicales ont cessé.

b) *Les tailles vésicales ayant eu une influence favorable sur les signes fonctionnels: formes diffuses de tuberculose vésicale cependant suivies de fermeture complète de la vessie.*

Dans ce groupe se range l'observation IX: à l'ouverture de la vessie, F. Guyon constate que sa

face interne est rouge foncé, mamelonnée, comme framboisée. Après avoir dilaté le col avec l'extrémité du doigt, il couvre la surface endo-vésicale d'une couche d'huile iodoformée et draine la vessie. Les douleurs s'atténuent, l'état général s'améliore. La plaie hypogastrique se ferme en trois semaines. Revu un an après, le malade a pu reprendre son métier; il n'a plus de douleur, mais il conserve de la pollakiurie. Les urines sont devenues absolument claires.

Dans l'observation XLV, la muqueuse vésicale est rouge, tomenteuse dans toute son étendue. On excise toute la muqueuse vésicale. La plaie sus-pubienne se ferme en deux semaines. L'état général s'améliora pendant quatre mois, et si le malade aggrave les signes de sa tuberculose pulmonaire et meurt deux mois plus tard, il n'a plus jamais rien ressenti du côté de la vessie.

Le malade de l'observation L subit une taille pour une cystite qui ne lui laisse prendre aucun repos. A l'ouverture de la vessie, on constate une congestion et un épaississement de la muqueuse vésicale. Du jour où la vessie fut ouverte, les douleurs et les hématurires cessent complètement. La plaie sus-pubienne se ferme en un peu plus d'un mois. Revu un an après, il urine normalement et son état général est bon.

Dans l'observation LI, le malade a une cystite importante avec hématuries; de plus, mauvais état pulmonaire. La vessie est intolérante. A l'intervention, la vessie ne peut être distendue, la muqueuse vésicale est couverte d'un semis de granulations jaunes et de tubercules ulcérés. A la suite de la taille, les douleurs vont en s'atténuant, la pollakiurie de même. L'état pulmonaire s'améliore. Quatre mois après, il n'urine plus que toutes les heures, sans

douleur. Il tousse peu, engraisse, a bon appétit. Il n'y a plus ni pus ni sang dans les urines. Le malade reprend son métier de marchand ambulant cinq mois après l'opération.

c) *Les tailles vésicales ayant eu une influence favorable sur les signes fonctionnels, mais suivies d'une fistulisation de la plaie hypogastrique.*

Reste à examiner, dans le groupe des tailles qui procurent une amélioration de l'état du malade, dix observations. L'amélioration fut obtenue bien qu'ait persisté, à la suite de la taille, une fistule hypogastrique.

Parmi ces observations, trois concernent des formes limitées de tuberculose vésicale, trois autres des formes diffuses; deux observations concernent des formes de tuberculose vésicale non précisées; deux autres ont été améliorées également, mais nous les avons classées à part, une néphrostomie (d'ailleurs suivie de fistule lombaire) ayant été pratiquée, car ce drainage lombaire des lésions rénales tuberculeuses n'a peut-être pas été sans influencer l'évolution de ces cas.

Quels sont les détails utiles concernant ces dix observations?

1° *Les formes limitées de tuberculose vésicale, améliorées par la taille, mais suivies de fistule hypogastrique:*

Dans ce groupe se range l'observation XXII. Le malade, porteur d'une ulcération superficielle du trigone et du pourtour du col vésical, voit ses douleurs disparaître après la taille; son état général s'améliore, mais plus d'un an après l'opération, sa fistule hypogastrique n'est pas encore fermée.

L'observation XXVII relève également de ce groupe. Deux ulcérations profondes siégeaient de chaque côté du col vésical. Les douleurs et les hématuries cessent à la suite de la taille, l'état général s'améliore et les lésions de l'appareil génital profond régressent. Mais une fistule hypogastrique persiste pendant près de deux ans.

La malade de l'observation XLVI a trois ulcérations siégeant à la face postérieure de la paroi vésicale. Après la taille, les douleurs et les hématuries cessent, mais on est obligé d'intervenir à deux reprises différentes pour une fistule hypogastrique persistante.

2° *Les formes diffuses de tuberculose vésicale, améliorées par la taille, mais suivies de fistule hypogastrique.*

On trouve à l'intervention, dans l'observation XXVI, une muqueuse vésicale rouge, granuleuse, on y sent au doigt comme des grains de semoule. Les douleurs disparaissent après la taille. Un an après, le malade est toujours porteur d'une fistule hypogastrique, mais il peut reprendre son métier de maçon.

Dans l'observation XXVIII, la muqueuse vésicale est parsemée de granulations. La fistule hypogastrique ne se ferme qu'au bout de cinq mois. Amélioration, mais pollakiurie persistante, tel est le bilan de cette intervention au cours de laquelle on n'avait pu cautériser que les principaux groupes de granulations.

La vessie du malade de l'observation LV présente un grand nombre de plaques jaunes sur une muqueuse vésicale très rouge. Il sort deux mois et demi après l'opération, porteur d'une fistule. Revu sept mois après, l'existence de cette fistule n'est

plus mentionnée. Ses urines sont claires et il n'éprouve plus qu'une légère douleur à la fin de la miction.

3° *Les cystites tuberculeuses améliorées par la taille quoique suivies de fistule, mais dont la forme anatomique n'est pas précisée.*

Dans l'observation XLIV, les lésions vésicales ne sont pas décrites. Le malade voit sa cystite guérir. Il garde une fistule pendant trois mois pour laquelle on intervient à nouveau et il sort guéri complètement.

Dans l'observation LII, on ne trouve pas de lésions vésicales. La muqueuse vésicale paraît saine, légèrement congestionnée. Quatre mois après l'intervention, la fistule hypogastrique n'est toujours pas fermée; on intervient sur elle pour la seconde fois. Le malade n'a plus de cystite.

4° *Les cystites tuberculeuses améliorées par la taille, cependant qu'une lombotomie de nécessité draine des abcès froids d'origine rénale.*

Dans l'observation XIII, il persiste après la taille une fistule hypogastrique avec des alternatives d'ouverture et de fermeture. Un an après la taille: abcès péri-néphrétique que l'on ouvre, il en résulte deux fistules lombaires. Ce drainage permanent involontaire des lésions tuberculeuses rénales n'a sans doute pas été sans influencer l'évolution de la maladie, car à la suite, la fistule vésicale se cicatrise définitivement et des mictions d'urines claires se produisent toutes les deux heures sans douleur.

Dans l'observation XLVII, il s'agit de lésions tuberculeuses entourant le col vésical. A la suite de la taille, l'état du malade s'améliore, les troubles

fonctionnels disparaissent; mais deux mois après, il se forme un abcès périnéphrétique pour lequel une néphrotomie est pratiquée. Une fistule lombaire en résulte, l'état général s'améliore et les urines ne présentent plus alors qu'un dépôt insignifiant.

Ainsi, sur les cas améliorés par la taille, douze seulement ont retiré un bénéfice apparemment réel de l'intervention, soit 18,7 %, et le reste des 32,3 % améliorés, soit les 13,6 % restants, n'ont eu une amélioration des signes fonctionnels qu'au prix d'une fistule hypogastrique persistante.

La moitié de ce groupe concernait des formes limitées de tuberculose vésicale, soit exactement 50 %; sept observations, soit environ 30 %, représentaient des formes diffuses de tuberculose vésicale.

B) Les suites désastreuses après taille vésicale

Restent à étudier les cas où la taille vésicale, loin d'apporter une amélioration dans l'état du malade, est devenue une complication en permettant l'infection secondaire, en provoquant des douleurs intolérables, et, de ce fait, a nécessité la recherche d'autres solutions thérapeutiques. Dans ce groupe, 67,7 % des observations peuvent être réunies.

La première observation relevée dans cette thèse est une illustration parmi tant d'autres des suites désastreuses que peut avoir l'ouverture de la vessie chez un tuberculeux urinaire. Porteur d'une cystostomie depuis deux mois, ce malade ne peut tolérer l'appareil de drainage; les douleurs, les brûlures, les épreintes, influent fâcheusement sur son état général. Le malade ne dort pas, il maigrit sérieusement (12 kilos). Malgré l'exclusion vésicale à l'aide d'une urétérostomie cutanée définitive, la

fistule hypogastrique continue à suppurer par intermittences.

Pour un cathétérisme urétéral impossible par les voies naturelles, on ouvrit la vessie du malade de l'observation II. Pendant deux ans, le malade reste porteur d'une cystostomie. L'appareillage vésical fonctionnant mal, la fistule urinaire périnéale dont il était affligé ne se cicatrise pas. Dans ces conditions, mon maître, le Pr. agrégé R. Couvelaire, après s'être rendu compte que la vessie est devenue petite, intolérante, que le col est fermé et scléreux, décide, devant l'échec du drainage vésical, de pratiquer une urétérostomie cutanée. Ainsi, la taille vésicale n'a pas eu d'influence sur les lésions, elle a entraîné une grande difficulté d'appareillage, elle n'a pas permis un drainage efficace des urines, et, sous son influence, la vessie est devenue petite, scléreuse, intolérante.

Nous avons récemment obtenu des nouvelles de ce malade; la vessie, après des alternatives d'ouverture et de fermeture, s'est enfin cicatrisée. La dérivation des urines par l'urétérostomie se fait de façon parfaite. Quant à la fistule périnéale, elle existe toujours sous forme d'un trajet suppurant peu.

Dans l'observation III, le malade a été cystostomisé pour rétention complète, consécutive à une dysurie croissante après un courte phase de cystite. Après une période d'amélioration passagère, les douleurs vésicales reparaissent et ne font que s'accroître, retentissant sur l'état général du malade. Non seulement la taille n'a pas influencé les douleurs, mais le drainage est mal toléré et la vessie s'est rétractée.

Dans l'observation IV, la cystostomie, réalisée pour permettre le cathétérisme des uretères impossible par voie endoscopique, amène avec l'aide des lavages une sédation des douleurs. Par la suite,

toutes les tentatives chirurgicales ou médicales de fermeture de la vessie échouent, et la fistule mettra un an à se tarir. Le malade reste pollakiurique, les brûlures ont régressé, mais n'ont pas disparu, la vessie est devenue petite, de faible capacité.

L'observation V montre que la situation créée par l'ouverture de la vessie est aussi lamentable; le drainage est mal toléré, les urines passent à côté du tube collecteur, la plaie devient dans ces conditions rapidement sphacélique. Mauvais état général, escarres, fièvre quotidienne font que ce malade est dans un état lamentable. L'exclusion vésicale transforme alors la situation. Mais la fistule hypogastrique persiste, malgré tous les soins apportés à sa guérison.

Dans l'observation VI, la taille hypogastrique est suivie d'une fistulisation de la plaie; elle n'eut pas d'influence sur l'évolution de la maladie. On constate à l'autopsie la tuberculose du rein droit, de la vessie, avec formation d'un abcès prévésical.

L'observation VIII est encore une de celles qui nous montrent combien les suites de la taille hypogastrique chez ces tuberculeux urinaires peuvent être désastreuses. Si une amélioration éphémère suivit l'opération, bientôt les douleurs, le ténesme, les hématuries ne tardèrent pas à réapparaître. Situation lamentable créée par la persistance de la fistule hypogastrique par où s'écoulent en partie des urines infectées et retentissement sévère sur l'état général.

Fistulisation de la plaie hypogastrique, devant laquelle tous les traitements échouent, persistance des douleurs sont aussi l'apanage du malade de l'observation X. A l'autopsie, on trouve une vessie petite, complètement rétractée.

Si une certaine amélioration après la cystostomie peut être constatée dans l'observation XI, la

fistule hypogastrique qui s'installe après la taille n'est pas sans venir compliquer l'état de cette tuberculose rénale bilatérale; bientôt l'état général un moment amélioré, reprend sa chute. On trouve à l'autopsie une vessie petite, ratatinée, remplie de pus, à parois considérablement épaissies et dont les lésions ont continué à évoluer.

Dans l'observation XII, le curettage et la cautérisation de cette forme végétante diffuse de tuberculose vésicale sont suivis d'un drainage pendant trois mois. On constate alors que la taille n'a en aucune façon influencé les lésions vésicales, toute la surface muqueuse est transformée en granulations luxuriantes et molles et l'on effectue un nouveau curettage complet. Nous n'avons pas de renseignements sur l'évolution de cette tuberculose vésicale dont le drainage s'effectue depuis quatre mois.

Fistulisation de la plaie vésicale, persistance de la pollakiurie, font suite à la taille de l'observation XIV. Finalement, la malade meurt de péritonite tuberculeuse, et l'on constate à l'autopsie que les lésions vésicales ont continué à évoluer.

Si les douleurs sont supprimées, dans l'observation XVII, par la taille, l'état du malade ne semble pas moins en rester précaire et il ne tarde pas à mourir avec une tuberculisation du méat hypogastrique.

Dans l'observation XIX, si une certaine accalmie se manifeste après la taille, les douleurs persistent et nécessitent bientôt l'administration de morphine. Il n'y a aucune tendance à la cicatrisation de la plaie hypogastrique, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, et, l'état général devenant de plus en plus précaire, le malade ne tarde pas à mourir.

La malade de l'observation XX, bien que gar-

dant un drainage hypogastrique pendant plus d'un an, a encore des douleurs vésicales. Affligée de cette infirmité cruelle que constitue la fistule vésicale, d'une cystite persistante, elle finit par mourir de tuberculose pulmonaire quinze mois après l'opération, ayant présenté une amélioration toute passagère.

Echec également de la cystostomie dans l'observation XXIII où le malade voit ses douleurs reparaître.

Dans l'observation XXIV, les douleurs persistent jusqu'à la mort, bien qu'atténuées par la cystostomie.

L'observation XXVII montre que le drainage vésical a supprimé le ténesme, les douleurs uréthrales, mais les douleurs prévésicales n'en ont pas moins persisté. L'état général, un moment amélioré, continue à décliner et le pronostic de cette tuberculose à la fois osseuse et urinaire n'en reste pas moins sombre.

De l'observation XXIX, on ne peut retenir que la notion, bien souvent acquise au cours de cette étude, de l'infirmité pénible créée par la fistule hypogastrique. La vessie s'est rétractée; de plus, la dérivation des urines étant imparfaite, les quelques gouttes d'urine passant par l'urèthre suffisent à réveiller les douleurs.

Echec de la cystostomie également dans l'observation XXX, puisque les douleurs vésicales reprennent avec la fermeture de la vessie.

Vessie devenue intolérante, appareillage difficile, persistance des douleurs, mauvais état général, fistule persistante, tel est le bilan de l'observation XXXI.

Dans l'observation XXXII, la réapparition des douleurs vésicales, la fistulisation de la plaie hypo-

gastrique, obligent la mise en place d'une sonde à demeure mal tolérée. Le malade reste pollakiurique par la suite, la purulence de ses urines persiste. En somme, le malade garde sa cystite et la fistule hypogastrique met longtemps à se tarir.

Echec également de la taille dans l'observation XXXIII. Les douleurs reviennent dès que la sonde est enlevée. La malade ne retire aucun bénéfice de l'intervention et finit par mourir.

Tuberculisation de la plaie hypogastrique, avec formation d'abcès sous la paroi, réapparition des douleurs: échec aussi dans l'observation XXXIV.

Echec encore dans l'observation XXXV où la cystite persiste, on a toutes les difficultés pour obtenir la fermeture de la vessie. L'état général reste précaire et la pollakiurie intense.

De même, dans l'observation XXXVI, on a toutes les peines à garder la plaie hypogastrique fermée, et la cystite, bien qu'atténuée, persiste.

Dans l'observation XXXIX, trois semaines après la taille, les douleurs ont reparu aussi violentes que par le passé. Le malade n'a retiré aucun bénéfice de la cystostomie.

Dans l'observation XL, les douleurs disparaissent grâce à une incontinence complète réalisée par la fistule hypogastrique; malgré le curettage et la cautérisation, on trouve, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses vésicales qui ont continué leur évolution.

Nous constatons combien grandes sont parfois les difficultés opératoires chez ces malades à vessie petite, rétractée derrière la symphyse, dans l'observation LIV. Malgré la sédation des douleurs, l'état général ne se relève pas. L'infection secondaire des urines s'installe. L'intervention semble avoir donné un coup de fouet à la tuberculose, et le malade ne

tarde pas à mourir dans un état de cachexie de plus en plus profonde.

Echec également dans les observations LVI et LVII, où la taille n'a pas d'influence sur la cystite. Il en est de même dans l'observation LIX où le malade refuse la néphrectomie et sort avec un état vésical inchangé.

De même dans l'observation LXI, les douleurs persistent, le drainage hypogastrique est difficile à réaliser, la plaie se fistulise, et la situation du malade empire jusqu'à ce qu'on décide la néphrectomie droite et la néphrostomie gauche. Dès lors, les fistules vésicale et périnéale se tarissent. Le malade meurt, deux ans après, de tuberculose du rein restant.

Les suites opératoires ne sont malheureusement pas indiquées dans l'observation LXII; toujours est-il que la taille, réalisée en vue d'un cathétérisme urétéral à vessie ouverte, fut un échec.

Difficultés opératoires, fistulisation secondaire, réapparition des douleurs, tels sont les faits saillants de l'observation LXIII.

Echec également de la cystostomie dans les observations LXVI et LXVIII, où l'appareillage de la cystostomie entraîne des douleurs telles qu'il faut rapidement rechercher une autre solution de dérivation des urines.

Ainsi, dans presque 70 % des cas, la taille a été loin de donner les résultats attendus ou espérés par les auteurs.

La tuberculose vésicale, une fois ouverte, prend un caractère de gravité singulièrement accrue, et les raisons de cette aggravation, à l'analyse de ces observations, nous ont paru les suivantes:

La sédation des douleurs, autrefois escomptée avec la taille, s'est montrée maintes fois éphémère.

Si, en effet, une certaine accalmie résulte du fait que la vessie n'est plus mise en tension par les urines, les sondes intra-vésicales forment corps étrangers dans la vessie et viennent entretenir la contusion de la paroi déjà très sensible du fait des lésions tuberculeuses.

Les difficultés d'appareillage sont mises en évidence par l'impossibilité fréquente d'obtenir un drainage étanche, l'inondation presque permanente par les urines rend la vie infernale. Tout ceci n'est pas sans favoriser l'éclosion d'une infection secondaire dont la virulence est d'autant plus grave et redoutable qu'il s'agit d'un malade dont l'état général est mauvais. La taille, alors loin d'améliorer la situation, fait de ce malade déjà en piètre état un grabataire et bientôt un moribond.

Les douleurs prennent une intensité accrue et entraînent l'insomnie et l'amaigrissement.

En dehors des difficultés d'appareillage et des risques d'infection secondaire de cette tuberculose ouverte, deux autres complications ont prouvé leur fréquence:

La tuberculisation du trajet pariétal hypogastrique, avec impossibilité d'obtenir ultérieurement la fermeture de la fistule vésicale.

La rétraction vésicale; cette dernière entraînant la perte presque complète et même parfois totale de la capacité vésicale, ne permet plus alors d'espérer que ce drainage soit temporaire comme le pensaient les vieux auteurs.

Quant aux lésions localisées au niveau du col vésical, leur guérison même n'est pas sans créer une autre maladie, car elle se traduira par une sclérose, facteur de dysectasie dont on connaît les conséquences fâcheuses sur le rein restant: reflux vésico-rénal, calcul pyélique secondaire, etc...

A ce propos, M. le Pr. J. Cibert fut amené à intervenir par voie trans-vésicale chez un tuberculeux urinaire, la résection du col étant impossible par voie trans-uréthrale (observation LXVII). Les suites, à l'encontre de toute attente, furent des plus simples et la plaie sus-pubienne se ferma en trois semaines. Mais ce n'est pas la règle; mieux vaut cependant cette formule et son risque, comme nous le verrons au chapitre suivant, que de réaliser à tout prix une résection endo-uréthrale. Celle-ci peut comporter des dangers considérables si nous nous référons à l'observation III. Elle occasionna, après des difficultés extrêmes de réalisation, une fistule vésico-rectale, et les suites fâcheuses que nous avons vues.

CHAPITRE III

LA JUSTIFICATION APPARENTE DE LA TAILLE

On ne trouve que trois justifications logiques à l'indication de la taille chez les tuberculeux urinaires:

1° *L'hématurie abondante.* Peu nombreux sont les cas que nous avons retrouvés de tailles pratiquées pour cette raison. Seules deux observations semblent en tirer leur justification, ce sont les observations XLV, où le malade est cystostomisé pour des hématuries considérables sans que la nature tuberculeuse de sa maladie ait été précisée avant l'intervention, et LXIV où une rétention avec distension vésicale à la suite d'une hématurie abondante entraîne l'opérateur à pratiquer une taille d'urgence sur une vessie remplie de caillots; cela chez un tuberculeux urinaire reconnu unilatéral auparavant. Il profita alors de la taille pour faire un cathétérisme urétéral qui fut suivi de néphrectomie secondaire.

2° *La crainte d'une tumeur vésicale* sur l'aspect cystoscopique trompeur que peut prendre la tuberculose vésicale dans sa forme végétante. De nos observations, quatre tailles furent pratiquées pour cette raison.

Le malade de l'observation XXVIII, sujet à des hématuries répétées, est soumis à un examen cystoscopique au cours duquel on croit voir une tumeur vésicale.

Il s'agit également d'une tuberculose à forme néoplasique dans l'observation LVI, où l'examen cystoscopique révèle des végétations papilliformes sur la face latérale droite de la vessie.

Il en est de même dans les observations LVII et LVIII.

Dans aucun de ces cas, l'examen des urines n'avait permis la mise en évidence de bacilles tuberculeux.

3° *La forme dysectasiante de la tuberculose vésicale.*

Un certain nombre de tuberculeux urinaires se présentent comme des dysuriques, et quelques malades, pour lesquels la pathogénie de leur lésion cervicale reste ignorée, sont considérés comme des dysectasiques purs et cystostomisés. Chez certains de ces malades survient une rétention complète, le cathétérisme des voies naturelles s'étant révélé impossible, ils subirent une taille vésicale.

Dans d'autres cas, ce fut l'impossibilité de pratiquer la résection endoscopique des lésions cervicales, la sténose étant trop serrée pour permettre l'introduction de l'appareil ou l'urèthre étant imperméable, qui justifia la taille pour une résection à vessie ouverte.

Cinq de nos observations concernent des « maladies du col » chez des tuberculeux urinaires:

Le malade de l'observation I fut considéré comme un dysectasique pur, et, sa tuberculose urinaire ignorée, on fit une taille pour « diverticulectomie ».

Dans l'observation III, il s'agit d'un malade cystostomisé d'urgence pour une rétention complète, consécutive à une dysurie croissante après une courte phase de cystite.

Dans l'observation XVII, après quelques accès de rétention soulagés par sondage, le malade est admis à l'hôpital avec une vessie horriblement douloureuse et le cathétérisme uréthral échoue. On pratique une cystostomie d'urgence. Le col vésical est irégulier, déchiqueté.

Dans l'observation LXVI, l'opérateur, chez un malade dysurique porteur d'un résidu de 400 cc. et azotémique, est contraint de faire une cystostomie après un essai de mise à la sonde à demeure, la température du malade atteignant rapidement 39 et 40°. La résection trans-uréthrale quelques semaines après se fait avec les pires difficultés, la vessie s'étant considérablement rétractée.

Dans l'observation LXVII, c'est la sténose particulièrement serrée du col qui oblige à utiliser la voie transvésicale pour une résection du col impossible par voie transuréthrale.

Si bien que nous pouvons en conclusion proposer les commentaires suivants:

Chez les malades se présentant comme des dysuriques se confirme l'importance que prend la recherche étiologique précise de leur dysectasie. Avant de parler de « maladie du col », l'examen des urines attentif, minutieux et répété, l'analyse scrupuleuse des antécédents, permettront parfois de reconnaître l'origine tuberculeuse des lésions cervicales responsables. En effet, s'il a pu être possible d'ouvrir impunément des vessies chez des tuberculeux urinaires, c'est que la distinction entre la taille sur une vessie

dont les lésions sont en pleine évolution et qui contient des urines bacillifères, et celle pratiquée sur une vessie indemne ou dont les lésions sont devenues cicatricielles et qui, après néphrectomie, ne reçoit plus que des urines limpides et aseptiques, est essentielle. Cette distinction de grande importance, M. le Pr. J. Cibert l'a nettement énoncée au Congrès d'Urologie de 1945.

De même en présence d'une « tumeur vésicale » avec cystite, les examens d'urines et la recherche des antécédents ne sont pas sans importance, étant donnée l'erreur de diagnostic possible et les suites désastreuses de la taille chez les tuberculeux urinaires. Toutefois, la taille vésicale semble ici moins grave puisqu'il s'agit d'une forme limitée de tuberculose vésicale et que, par ailleurs, l'échec du traitement endoscopique peut justifier l'exérèse des lésions par cystectomie partielle.

Cette justification apparente d'une intervention dont les suites sont si souvent désastreuses, nous conduira à rechercher quel traitement aurait pu être substitué à la taille dans les cas où celle-ci a semblé nécessaire.

Toutefois, auparavant, une analyse des conditions dans lesquelles la taille fut réalisée nous permet de ranger les observations en trois groupes:

— Celles qui furent pratiquées sur diagnostic erroné;

— Celles qui furent entreprises de propos délibéré, sur diagnostic préalable ferme, dans un but thérapeutique;

— Celles qui furent faites dans un but diagnostic.

1° *L'erreur de diagnostic.*

Dans l'ensemble peu nombreuses, les observations sont au nombre de sept, soit un pourcentage de 10,3 %.

Dans l'observation I, le malade est considéré comme un dysectasique pur. Une fois la tuberculose ouverte, il est impossible d'obtenir la fermeture de la vessie.

Dans l'observation III, c'est une rétention complète consécutive à une dysurie croissante qui fait ouvrir la vessie.

Dans l'observation VI, le diagnostic de tuberculose n'est porté qu'après l'opération pratiquée pour une cystite importante due à une ulcération vésicale.

Dans l'observation XXVIII, la tuberculose vésicale fut prise pour une tumeur de vessie. Il en est de même dans les observations LVI, LVII et LVIII.

2° *Le propos délibéré sur diagnostic préalable ferme, dans un but thérapeutique.*

A la suite des publications de F. Guyon, nombreux furent les chirurgiens qui tentèrent cette opération à visée curatrice. Trente-six de nos observations concernent des malades opérés avec le diagnostic ferme préalable de tuberculose vésicale.

Sur ces trente-six malades, vingt-huit présentaient une tuberculose ayant entraîné des lésions vésicales, quatre malades avaient une tuberculose du col et un malade une tuberculose uréthrale. Pour trois malades, le type des lésions observées n'est pas précisé.

Sur les vingt-huit malades atteints de tuberculose vésicale, dix-neuf ne se sont pas trouvé améliorés par la taille, soi 68 % d'échecs.

Sur quatre tuberculoses du col vésical, une seule s'est trouvée améliorée par la cystostomie.

Le malade présentant une tuberculose uréthrale n'a pas tiré de profit de la taille.

Nous voyons donc combien peu favorables sont dans l'ensemble les résultats de cette opération qui fut un moment prônée comme l'intervention par excellence des tuberculoses vésicales.

3° *Le propos délibéré, dans un but diagnostic.*

Des vingt-six malades opérés sans que la nature tuberculeuse des lésions dont ils étaient porteurs ait été reconnue avant l'opération, vingt et un présentaient une tuberculose vésicale, trois présentaient des lésions cervicales et un malade une tuberculose de l'urèthre. Pour un malade, les lésions ne sont pas précisées.

Sur vingt et une tuberculoses vésicales ouvertes dans ces conditions, douze fois la cystostomie fut un échec, six cas furent améliorés et trois ont eu des suites inconnues.

Dans ce groupe également, pour trois tuberculoses du col vésical, la cystostomie fut, dans un cas, un échec, dans un autre elle fut suivie d'une amélioration, et dans le troisième les suites ne sont pas connues. Dans la tuberculose de l'urèthre, la cystostomie fut un échec. Une forme non précisée fut améliorée.

Trois tailles furent pratiquées pour permettre le cathétérisme des uretères, ce sont les observations II, IV et LXII. Or, dans les deux premières, il est regrettable d'avoir à constater que la taille, avec toutes les fâcheuses conséquences qui en découlèrent pour les malades, eût pu être évitée si, au lieu de vouloir faire à tout prix le cathétérisme des

uretères, les auteurs avaient multiplié les examens d'urines, et surtout s'ils avaient pratiqué une urographie intraveineuse. Il y a bientôt dix-huit ans que Von Lichtenberg a créé cette merveilleuse méthode d'investigation de la fonction et de la morphologie rénale. L'urographie, on le sait aujourd'hui, donne des renseignements dont la valeur a été maintes fois soulignée par de nombreux auteurs et par mon maître. La taille d'exploration ne se justifie plus depuis la naissance de l'urographie, cette épreuve indolente, facilement acceptée par le malade, simple à réaliser et si souvent parlante pour qui sait la lire.

Chapitre IV

Quel traitement aurait-on pu substituer à la taille dans les cas où celle-ci a semblé nécessaire?

Il importe avant tout, c'est l'évidence, de prouver la nature tuberculeuse des lésions dont le malade est porteur, et nous avons vu dans quelles conditions les auteurs furent amenés à pratiquer une taille pour des formes de tuberculose dont l'allure trompeuse leur avait fait penser à une tumeur de vessie ou à une dysectasie banale. C'est donc avant tout·

1° L'erreur de diagnostic qu'il faut éviter.

Pour peu habituelles que soient les hématuries totales abondantes en temps que signe révélateur d'une tuberculose urinaire, celles-ci existent et il convient d'y penser.

Il en est de même pour les aspects cystoscopiques trompeurs des formes végétantes de la tuberculose vésicale.

Il sera prudent également, avant d'ouvrir une vessie chez un dysurique à urines troubles, même porteur d'un diverticule, d'éliminer en premier lieu l'hypothèse de la nature tuberculeuse de cette dysectasie, avant de penser à une maladie du col banale.

A cet effet, l'examen des urines, en vue de la mise en évidence de bacilles de Koch, l'examen des

antécédents, et l'urographie, cette épreuve jamais inutile chez les dysectasiques et les tumoraux du bas-appareil, éviteront probablement nombre de ces tailles aux suites désastreuses que nous avons vues.

Lorsqu'une sténose du col vésical est trop serrée pour admettre l'introduction du résecteur, il est prudent de songer à la possibilité de son étiologie tuberculeuse avant de prendre la décision d'une ouverture vésicale dont les suites n'auront pas toujours la simplicité espérée.

2° Le cathétérisme cystoscopique des uretères lorsqu'il est impossible n'impose plus le cathétérisme à vessie ouverte; il est surprenant de constater que certains chirurgiens, aujourd'hui encore, n'hésitent pas à recourir à cette technique. Or, l'odyssée lamentable de ces tuberculeux qui subirent une taille exploratrice (observations II et IV), devrait servir d'exemple.

La taille d'exploration ne garde plus aucune justification, puisque l'urographie est présente, facile à répéter, à nuancer.

Mieux vaudrait certainement une lombotomie exploratrice qu'une taille vésicale.

3° Alors que la tuberculose urinaire est reconnue et duement diagnostiquée, la taille à visée curatrice est-elle encore légitime?

La doctrine aujourd'hui solidement établie d'une tuberculose vésicale toujours secondaire à la tuberculose rénale a complètement modifié la conception du traitement des cystites tuberculeuses. La cystite tuberculeuse se traite par la néphrectomie.

En cas de tuberculose rénale unilatérale, avec un rein adelphe manifestement indemne de toute lésion, cette conduite chirurgicale s'impose en cas de cystite.

Mais si les deux reins sont tuberculeux, ou la cystite persisatnte après la néphrectomie est rebelle au traitement médical et au traitement endoscopique, que faire?

La taille, justifiée par des douleurs vésicales intolérables, dans l'espoir d'apporter un soulagement à ces malheureux malades? Certainement non; l'opération que V. Richer préconisa en 1924 pour le traitement des cystalgies rebelles (section simultanée des nerfs érecteurs et des nerfs hypogastriques), ou l'infiltration anesthésique du plexus hypogastrique, améliorent bon nombre de cystalgiques.

La taille, justifiée par une intolérance vésicale grave avec des signes de cystite diffuse?

L'urétérostomie semble ici la solution de nécessité, la perte de capacité de la vessie semblant définitive, irréversible.

Quant à la tuberculose cervicale, son traitement de choix sera le même que celui des autres maladies du col, à savoir la résection endoscopique chaque fois que le résecteur est susceptible d'être librement introduit. Sinon, mieux vaut probablement l'urétérostomie cutanée qu'une taille vésicale, en période de cystite aiguë.

Si un calcul vésical secondaire vient compliquer l'existence d'une dysectasie tuberculeuse, est-on autorisé à ouvrir la vessie?

Là encore, la taille n'est pas recommandable et si la lithotritie est impossible du fait de la rétraction vésicale, il faut se résoudre à l'urétérostomie.

L'incrustation des lésions vésicales, qui rend particulièrement tenaces les séquelles vésicales de la tuberculose rénale, pour rare qu'elle soit ne semble pas exceptionnelle. Dans l'observation XI, la taille vésicale décèle, au milieu de la face postérieure, une

barre transversale, dure, fibreuse et recouverte d'incrustations calcaires.

La voie trans-uréthrale sera toujours la première à utiliser pour la cure de ces lésions. M. le professeur G. Marion signale deux cas de cystite incrustée, traitées avec succès par électro-coagulation. (Assoc. Franç. d'Urologie, 1924).

Le curettage vésical par voie hypogastrique a été parfois imposé par les lésions, c'est ainsi que M. le Pr. J. Cibert (in Tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique, p. 520), a observé un cas où l'incrustation avait pris une importance considérable. A la taille, il constata que le plancher vésical était recouvert d'une carapace rugueuse au milieu de laquelle on ne pouvait reconnaître le col. Les suites de cette intervention ne sont pas indiquées.

Enfin, dans la tuberculose de l'urèthre, les dilatations uréthrales patientes et prudentes essayeront de pallier aux troubles engendrés par les lésions. Au cas où les dilatations seraient inopérantes ou mal supportées, quelle solution thérapeutique choisir?

Nous inclinons à penser que la cystostomie reste une piètre solution et que mieux vaut une urétérostomie cutanée ou une néphrostomie définitive.

La seule indication de la taille chez les tuberculeux urinaires, et encore celle-ci restant exceptionnelle, c'est, croyons-nous, la forme de tuberculose vésicale végétante limitée et siégeant sur la calotte, ou l'ulcération unique de la vessie qui a résisté à tous les autres modes thérapeutiques et, en particulier, au traitement local endoscopique patiemment conduit.

Chapitre V

Quelle conduite adopter devant un malade déjà porteur d'une cystostomie lorsque celle-ci devient intolérable?

La tuberculose urinaire étant une maladie d'appareil et non d'un organe, ce qui importe, avant de prendre quelque décision opératoire que ce soit, est de déterminer l'état précis de cet appareil, et la présence ou l'absence d'autres foyers tuberculeux curables ou incurables.

Souvent nous nous trouverons devant un tuberculeux qui n'a subi aucune intervention rénale, puisque la taille a été réalisée en ignorant la tuberculose urinaire.

L'urographie est, à cet égard, l'épreuve fondamentale, puisque l'état de la vessie interdit habituellement toute autre exploration. Ici se pose en somme tout le problème chirurgical de la tuberculose urinaire.

1° Prenons le cas le plus simple. Il s'agit d'un malade porteur d'une cystostomie dont la justification apparente a laissé méconnue la tuberculose rénale sus-jacente. L'urographie précise que cette tuberculose rénale est unilatérale et que le rein adelphe est manifestement indemne. La néphrectomie du rein malade s'impose. L'espoir de voir, ne recevant plus d'urines bacillifères, les troubles vésicaux

s'amender et la vessie se fermer sera alors justifié. Mais parfois cette action chirurgicale sera insuffisante: la vessie cystostomisée, rétractée, souvent réduite à un moignon de capacité infime, n'améliorera pas sa tolérance malgré la néphrectomie, et nécessitera un traitement complémentaire: l'urétérostomie cutanée sur rein restant.

Ailleurs, après la néphrectomie et la fermeture lente de la vessie, s'installera un reflux vésico-urétéral qui, dans une de nos observations (obs. IV), fut même à l'origine d'un volumineux calcul coralliforme. Dans ce cas particulier, le calcul fut extrait, le rein drainé par néphrostomie et une résection du col vésical a supprimé le reflux, mais nous avons vu à combien de difficultés sa réalisation exposait. Aussi, l'exclusion vésicale par l'urétérostomie trouvera-t-elle fréquente indication; d'autant plus qu'une autre crainte justifie ce détournement du cours des urines, c'est l'atrésie de la portion intramurale de l'urctère, l'intra-murite tuberculeuse.

2° Si le cystostomisé est reconnu atteint de tuberculose rénale bilatérale, la situation est infiniment plus complexe.

Mais il n'est pas toujours facile, lorsque l'urographie est le seul juge possible, d'affirmer sur des images de dilatation calicienne ou pyélique qu'il s'agit à coup sûr de tuberculose.

Un espoir: la tuberculose rénale unilatérale et l'hydronéphrose de l'autre côté par reflux vésico-rénal ou intra-murite.

Ainsi peuvent se justifier, si l'état général le permet, des lombotomies exploratrices successives. Ainsi seront drainés par néphrostomies des reins dilatés, macroscopiquement indemnes de tuberculose.

Autre situation désespérée: celle du porteur

d'un rein unique congénital tuberculeux. N'avons-nous pas eu l'occasion de voir un malade, ayant eu une taille vésicale, avec un état général épouvantable et ne supportant plus l'appareillage de sa cystostomie, qui se révéla un tuberculeux urinaire porteur d'un unique rein, congénitalement? (Observation I).

La situation est aussi piètre lorsqu'il s'agit d'un ancien néphrectomisé avec un rein restant tuberculeux.

Dans les deux cas, il ne reste guère de choix qu'entre la néphrostomie et l'urétérostomie suivant l'état des tuniques urétérales. Dans ces éventualités terribles, la vessie sera-t-elle au moins exclue et la vie de ces malheureux malades rendue plus supportable jusqu'à leur mort.

3° Lorsqu'il s'agit d'un malade présentant un rein restant, indemne de tuberculose, ce qui importe avant tout est la préservation de ce rein sain que l'on protègera par l'urétérostomie cutanée.

4° Lorsque, malgré l'exclusion vésicale, la suppuration hypogastrique persiste, la vessie reste douloureuse, quelle solution thérapeutique adopter? Suprême ressource: la cystectomie totale.

Mon maître, le Dr R. Couvelaire, a pratiqué (observation V), cette dernière intervention. Il a d'abord semblé peu enclin à renouveler sa tentative, l'opération ayant été longue et particulièrement difficile et le malade mort tardivement d'occlusion intestinale. Depuis cette première tentative, il a deux fois pratiqué avec succès l'ablation totale de la vessie chez des tuberculeux urinaires.

Voici l'une de ses observations:

Mme Val... W..., 36 ans, est adressée dans le service le 18-7-1947 pour incontinence d'urines due à une fistule vésico-vaginale.

En réalité, il s'agit d'une cystite extrêmement douloureuse avec hématuries terminales.

A son entrée dans le service: pollakiurie persistante diurne 10, nocturne 0; la malade perd ses urines continuellement.

Fosses lombaires indolores. Toucher vaginal: douleur sur la paroi antérieure du vagin. L'examen des urines révèle: Pyurie abondante, nombreux colibacilles. Pas de B.K.

Cystoscopie: Vessie de capacité infime. Muqueuse uniformémnt inflammatoire. Les orifices urétéraux ne peuvent être repérés. La calotte est le siège d'une volumineuse néoformation mamelonnée, recouverte de bulles réfringentes.

Urée sanguine: 0,25.

Urographies. — Cliché 0: Rien à signaler, pas de calcul.

Cliché 1: Trois boules à droite; rien à gauche.

Cliché 2: A droite les boules augmentent de volume; à gauche: silence complet.

Cliché 3, à 20 minutes avec compression: Rein gauche muet; à droite, très grosse dilatation du bassinet et des calices, occupant une surface égale à celle du poing fermé, uretère non visible.

Le Dr Couvelaire décide de pratiquer d'abord une lombotomie droite aux fins de néphrostomie.

A l'intervention: le rein droit est augmenté de volume, de consistance molle et de couleur normale. Uretère et bassinet fort dilatés, mais souples. On pratique une incision à la face antérieure du bassi-

net et une sonde de Pezzer est passée dans le calice inférieur. Un drain dans la loge rénale.

Suites opératoires simples, la sonde de néphrostomie fonctionne bien. Il passe encore de l'urine par la vessie et de façon douloureuse, mais l'état fonctionnel est beaucoup moins pénible.

L'examen des urines du rein néphrostomisé montre: quelques cellules épithéliales, de rares polynucléaires et de nombreux staphylocoques. Pas de B.K.

Le 5-9-1947: Lombotomie gauche et néphrectomie gauche. Le rein est gros, bosselé, pyonéphrotique. Multiples cavernes.

Suites opératoires simples.

On pratique alors une pyélographie du rein droit sous néphrostomie: les cavités pyélo-calicielles, encore grosses, ont cependant diminué de volume. L'uretère, visible dans toute son étendue, est gros et sinueux et paraît souple, il se trouve très rétréci au niveau de sa portion intra-murale et le liquide opaque passe à peine dans la vessie.

En cystoscopie, M. le Dr Couvelaire retrouve le même aspect de tuberculose végétante de la calotte, dans une vessie de très petite capacité avec des orifices urétéraux invisibles.

Il décide alors de pratiquer une opération de Coffey, sous couvert de la néphrostomie droite.

Intervention de 30-9-1947. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Vessie saillante et calotte très indurée. Adhérences inter-vésico-utérines. La mise en place de l'écarteur de Gosset fait éclater le sommet vésical. L'uretère est gros, mais souple et facilement visible sous le péritoine. Libération de l'uretère qui est sectionné après le croisement des vaisseaux utérins. Hystéro-cystectomie totale. Deux mèches dans le vagin et deux mèches par l'abdomen.

Anastomose urétéro-intestinale (Coffey I). Pièce opératoire: Elle comprend la totalité de la vessie, la totalité de l'utérus et des annexes, et le tiers supérieur du vagin.

L'adhérence inter-vésico-utérine est continue. Ouverture de la vessie: paroi très épaisse, scléreuse et blanchâtre. La calotte est le siège de végétations rouge foncé. Le trigone est plus pâle. L'orifice urétéral droit siège sur un mamelon blanchâtre, il est cathétérisable au stylet, sa muqueuse est blanchâtre et finement granuleuse, son calibre semble peu diminué.

Suites opératoires simples. Au bout d'un mois, on bouche la sonde de néphrostomie, au début pas d'incident, puis au bout de six jours, fièvre, diarrhée, on retire le bouchon de la sonde et tout rentre dans l'ordre. Après un deuxième essai de fermeture de la sonde qui n'entraîne aucun incident, on décide l'ablation de la sonde de néphrostomie. Guérison.

De tels exemples, pour exceptionnels qu'ils soient, prouvent à quelles difficultés se heurte parfois la solution thérapeutique en présence de tuberculose vésicale grave. Ils prouvent néanmoins que la cystectomie totale trouve son indication légitime dans certaines tuberculoses urinaires.

CONCLUSIONS

1° Bien qu'elle ait pu amender parfois certains signes fonctionnels, dans la majorité des cas la taille sus-pubienne chez les tuberculeux urinaires est une déplorable opération.

2° Ses indications *autrefois* légitimes:

— soit pour traiter des ulcérations ou des végétations tuberculeuses (en l'absence de cystoscope opérateur),

— soit pour pratiquer un cathétérisme urétéral à vessie ouverte (en l'absence de l'urographie),

sont aujourd'hui exceptionnelles.

3° La taille de propos délibéré chez les tuberculeux urinaires ne paraît justifiée que par une lésion tuberculeuse vésicale limitée, rebelle au traitement endoscopique et siégeant sur la calotte.

4° Ailleurs, l'étincelage ou l'électro-coagulation endoscopique, l'opération de V. Richer, l'infiltration anesthésique du plexus hypogastrique, la résection endoscopique du col vésical, la néphrostomie, l'urétérostomie cutanée, constituent des solutions thérapeutiques qui doivent être préférées à la cystostomie.

5° Les accidents que détermine la taille sont toujours d'une cure complexe parce que l'exclusion

vésicale même complète (par urétérostomie) ne suffit pas toujours à tarir la suppuration hypogastrique d'origine vésicale.

6° Si les traitements locaux associés au traitement médical ne réussissent pas à procurer la guérison, la cystectomie totale trouve une de ses exceptionnelles indications sans méconnaître sa gravité.

Vu : *Le Doyen*,
Léon BINET.

Vu : *Le Président de Thèse*,
M. B. FEY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons volontairement laissé de côté, dans cette bibliographie, de nombreux ouvrages consultés mais qui ne se rapportaient qu'indirectement au sujet traité.

Battle (W.-H.). — Société clinique de Londres (Transactions) Vol. XXIII, p. 201, 1890, 25 Avril.

Banzet et Kresser. — 553 observations d'uréthrites étudiées surtout au point de vue bactériologique, des complications et du traitement. VII° Session de l'Ass. Franç. d'Urol. 1904, p. 592.

Bell (V.). — The treatment of tuberculosis of the bladder. Journal of Cut. and G.U. diseases, 1892, p. 293.

Bertrand (M.). — Pronostic et traitement des cystites douloureuses persistant après la néphrectomie pour tuberculose. Thèse Lyon 1923, n° 20.

Bérard (M.). — Société des Sciences médicales, Lyon, 3 Mai 1899, p. 302.

Blondeau (P.-L.). — Les causes de rétrécissement de l'urèthre chez la femme. Thèse, Lyon 1919-1920, n° 330.

Bouteau (P.-M.). — Prostatites ligneuses. Infiltrations ligneuses pelviennes d'origine génito-urinaire. Thèse, Paris, 1938, n° 569.

Buschleim (A.). — Abcès fistulisés au périnée dans la tuberculose de la prostate. Thèse, Bordeaux, 1939-1940, n° 75.

Boursier (P.-A.). — De la tuberculose de la vessie. Thèse, Paris, 1885-1886, n° 125, p. 79.

Brohl. — Wiener med. 1889.

Broca. — De la douleur dans les cystites et de son traitement chirurgical. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1887, n°s 28 p.450, et 29 p.466.

Bosset (M.). — Journal de la Société de Médecine de la Haute-vienne, V.18, 1894, p.153. Le Limousin Médical : Tuberculose de la vessie.

Blanc (H.). — Gazette des Hôpitaux, 1925, p.914. Comment traiter la cystite tuberculeuse ?

Blanc (E.). — Gazette Médicale de Paris, 28 Juillet 1888.

Catrou (M.). — Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse. Thèse, Paris, 1892-1893, n° 244.

Chaput. — Archives générales de médecine, 1894.

Chevalier. — Essai sur le traitement de la cystite chronique rebelle par la cystostomie chez l'Homme et chez la Femme. Thèse, Bordeaux, 1882, n° 14.

Canoz (M.). — Le danger rénal des rétrécissements uréthraux. Thèse, Paris 1923, n° 265.

Cathelin (F.). — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire en trois volumes. Paris 1930. — Maladies des voies urinaires (Collection du manuel du praticien).

Cibert (J.). — La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique. Lyon 1946, pp. 112, 114, 432, 433, 461, 514.

Cibert (J.), Cavaillher (H.), Rolland (F.). — La résection du col dans le traitement des dysectasies des tuberculeux urinaires (XXXIX° Congrès Franç. d'Urol., Paris, 1945).

Couvelaire (R.). — Sur la gravité de la cystostomie chez les tuberculeux urinaires. Congrès Franç. d'Urol. Paris, Oct. 1946.

— Nouveau précis de pathologie chirurgicale, 1947, T.VI.

Coll (J.). — Estudio de la cistitis tuberculosa concepto clinico y tratamento de la misma. Barcelone 1900.

Colas (J.-H.). — Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale et de son traitement chirurgical. Thèse. Paris 1897-1898. N° 326. Obs. II.

Clado. — Quelques considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale. Association Franç. d'Urologie, Oct. 1898. Obs. III.

Da Costa Duarte (I.-R.). — Des fistules génito-urinaires chez la femme. Paris, 1865.

Delore et Chalier. — Tuberculose uréthrale et péri-uréthrale. Gazette des Hôpitaux, 1908, p. 639.

Ducamp (Th.). — Traité des rétentions d'urine causées par les rétrécissements de l'urèthre. Paris, 1825.

Domage (P.). — De la cystostomie précoce comme traitement curatif de la tuberculose vésicale. Thèse, Lyon, 1899-1900, N° 95.

Desnos. — Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 20.

Delagenière. — Extirpation de la muqueuse vésicale pour tuberculose de la vessie. Société de chirurgie. 27 mars 1895.

Di Chiara (F.). — De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. Thèse, Paris, 1911-1912, n° 24.

Eigenbrodt. — Ueber den Hohen Blasenschnitt. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Vol.28, fas. 1 et 2. 1888, p.119.

Gauthier (M.). — A propos des cystites proliférantes tuberculeuses. Ass. franç. d'Urologie, 1910, p.747.

Godart (L.). — Indications principales de la cystostomie suspubienne d'urgence. Thèse, Paris, 1903, n° 12.

Godlec. — Prognosis in relation to treatment of tuberculosis of genito-urinary organes. 1907.

Greiwer. — Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse. Thèes, Paris, 1890.

Guyon (F.). — Note sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. Congrès Français de Chirurgie. Paris, 1888.

Guyon (A.). — Indications de la cystostomie dans l'infection de la vessie et la pyélonéphrite ascendante. Thèse Nancy, 1895. Obs. XIV.

Hamonic (P.). — Traité des rétrécissements de l'urèthre. Paris, 1893.

Hartmann (H.). — Des cystites douloureuses. Leur traitement. Thèse, Paris 1887.

Hartley. — Cut. Ven. J. M. News, 1903, p. 385-388.

Imbert. — Des cystites rebelles. Ass. Fr. d'Urol, 7e Session, 1903, p. 7.

Iversen (A.). — Ueber Neubildungen im der Blase ; Centralblatt für Chirurgie, 1887, p.457.

Labroy (A.). — De la rétention dans les cystites. Thèse, Paris, 1899-1900, n° 242.

Lavenant (M.-A.). — Les fausses tumeurs vésicales d'origine tuberculeuse. Buletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 27-1935, p.278.

Legueu. — XIII° Congrès international de Médecine, Paris, 1900. Section Chirurgie urinaire, p.136.

Leclercq-Dandoy (M.). — Drainage de la vessie par l'irrigation continue après la cystostomie. XIII° Congrès Intern. Méd. 1900. Chirurgie Urinaire, p. 148. Obs. IV.

Le Fur (R.). — Rétrécissements congénitaux et rétrécissements tuberculeux de l'urèthre.

— Des prostatites chroniques simulant l'hypertrophie de la prostate. Paris, 1905.

— Des prostatiques jeunes. Paris, 1905.

— La prostatite des rétrécis.

— Ass. Franç. d'Urologie, 1927, p.271.

Loumeau. — A propos des cystites rebelles. Ass. Fr. d'Urol., 1903, p. 331.

Maliierbe. — Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1892, p. 206.

— Ass. Fr. d'Urol. 1903, p.327. Note sur 17 cas de cystites rebelles.

Matile. — De la tuberculose de la vessie. Thèse Genève, 1890.

Marion. — Traité d'urologie.

Michon (E.). — Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique. Thèse, Paris 1894-1895. N° 497, Obs. VIII, X.

Moreau (J.). — Quelques considérations sur les prostatiques sans prostate. Thèse. Paris 1922, n° 397.

Motz. — Guérison complète de trois cas de tuberculose vésicale grave. Assoc. Franç. d'Urologie. Octobre 1898.

Michon (E.). — Traitement de la cystite tuberculeuse. Journal de Médecine des Praticiens, 1919, p. 422.

Minet (H.). — Des rétrécissements de l'urèthre en dehors de la blenno. et du traumatisme. Ass. Fr. d'Urol., 1910, p. 37.

Ogier (B.). — Traitement de la cystite tuberculeuse par la cystostomie sus-pubienne. Thèse, Lyon 1892. N° 701. Obs. I, III, IV, V.

Oraison (J.). — Tuberculose vésicale à forme néoplasique. (Ass. Fr. d'Urol. 1907, pp. 435, 439, 442). (Ass. Franç. d'Urol., 1927, p. 272).

Pasquereau. — Ass. Fr. d'Urologie, 1910, p.753.

Payri (M.). — La cystostomie sus-pubienne et ses principales indications. Thèse Montpellier 1892-1893, n° 6.

Parisi (A.). — Tuberculoses vésicales rebelles et étincelage. Thèse, Paris, 1919-1920. N° 552.

— De l'étincelage dans la tuberculose vésicale. Journal d'Urologie, T.IV, nos 5 et 6, p.341.

Pilcher. — Notes on tuberculosis of the urinary bladder and the value of supra-pubic cystostomy in its treatment. New Medical Journal, 1892-55, p.256 (5 mars). Obs. IV et V.

Prudhomme (E.). — La cystite tuberculeuse après la néphrectomie. Union Médicale du Canada. Avril 1926, p.229.

Railliard. — Des interventions chirurgicales dans la tuberculose vésicale. Thèse Bordeaux, 1900. Obs. VIII, X, XI.

Reynes. — Communication, Association Française d'Urologie. Octobre 1898.

Reverdin. — Revue Médicale de la Suisse Romande, 1891, p. 772.

— Annales des Maladies des org. génito-urinaires, 1889.

Rivierre (A.). — Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse. Thèse Bordeaux, 1908, n° 127, p. 76 et suiv.

Roucayrol (E.) et Renaud-Badet. — Contribution à l'étude des uréthrites. Journal d'Urol. méd. et chir. N° 6, Décembre 1912.

Routier (A.). — Traitement de la cystite tuberculeuse. Congrès Franç. de Chir., 23 Oct. 1896. Obs. II, III, IV.

Saxtorph (S.). — XIIIe Congrès International de Médecine, Paris 1900. Section de Chirurgie urinaire, p. 97. Valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale.

Selou (P.). — Des formes hématuriques de la ♀ vésicale. Thèse, Bordeaux, 1906-1907, n° 112.

Schatz. — Ueber Geschwüre der Harnblase. Centralblatt für Gynäcologie, 17 Juillet 1886, p. 464.

Tchossitch (N.). — Contribution à l'étude des rétrécissements tuberculeux de l'urèthre. Thèse Bordeaux, 1922-1923, n° 116. Obs. VI.

Thouvenin (A.-E.-A.). — Rétrécissements inflammatoires de l'urèthre postérieur. Nancy 1909.

Thelliez (C.). — La tuberculose urinaire chez l'homme âgé. Thèse Lille, 1918-1919, n° 32.

Turpaud (J.-R.-M.). — Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme. Thèse, Bordeaux, 1938-1939, n° 12.

Thévenot (C.). — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. Ass. Fr. d'Urol., 1924, p. 1.

Vigneron (A.). — Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale. (Congrès de chirurgie, 8 avril 1893), p. 753.

Willems (de Gand). — Archives Internat. de Chirurgie, 1911.